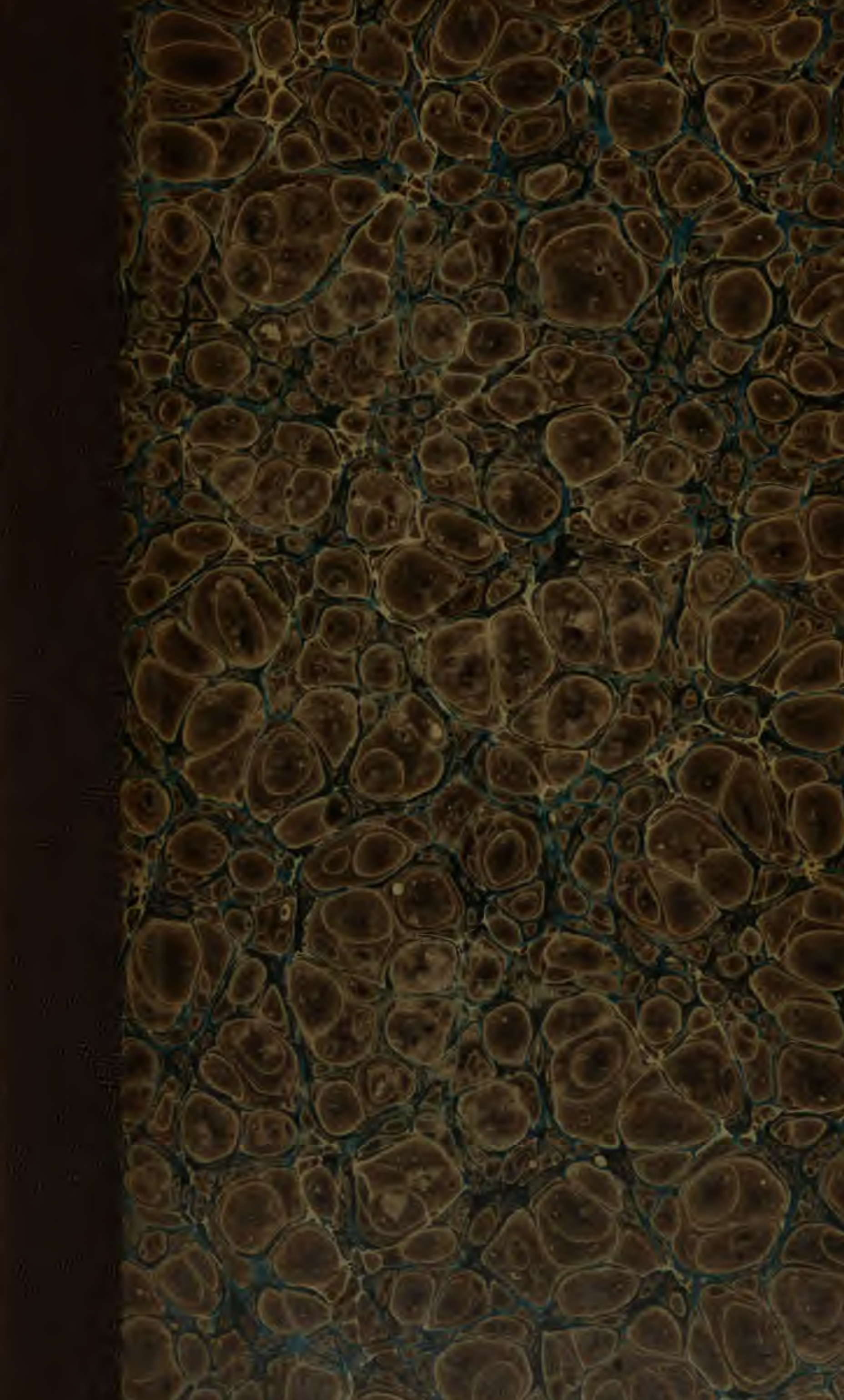
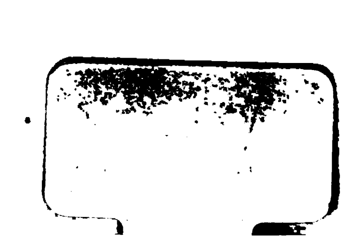




ABRÉGÉ PRATIQUE
DES MALADIES
DE LA PEAU.

PARIS, IMPRIMERIE DE COSSON,
RUE SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS, N. 9.

ABRÉGÉ PRATIQUE
DES MALADIES
DE LA PEAU,

D'APRÈS LES AUTEURS LES PLUS ESTIMÉS,

ET SURTOUT

D'APRÈS DES DOCUMENS PUISÉS DANS LES LEÇONS CLINIQUES

DE M. LE DOCTEUR BIETT,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS,

PAR MM.

ALPHÉE CAZENAVE ET H.-E. SCHEDEL,

DOCTEURS EN MÉDECINE, ANCIENS INTERNES DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, ETC., ETC.

SECONDE ÉDITION,

REVUE ET AUGMENTÉE.

PARIS,

BÉCHET JEUNE,

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 4.

1833.

A

L.-T. BIETT,

DOCTEUR EN MÉDECINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

Aussi instruit que bon et modeste, puisse le savant pathologiste, à qui seul on doit les importans progrès que l'on a faits en France sur les maladies de la peau, ne pas trouver trop inhabiles les mains auxquelles il a confié ses doctrines! Mais surtout puisse-t-il voir, dans cet hommage, la nouvelle expression de l'entier dévouement et de la reconnaissance inaltérable de ses élèves

ALPHÉE CAZENAVE, H.-E. SCHEDEL.

INTRODUCTION.

Malgré le superbe dédain que quelques esprits affectent encore pour l'étude des maladies de la peau, qu'ils regardent comme une spécialité tout-à-fait secondaire, et qu'il rayeraient presque du cadre nosologique, la plupart des médecins, depuis quelques années, ont senti au contraire l'intérêt qui se rattache à cette branche de la pathologie, si long-temps délaissée. Et en effet, dans ces affections si nombreuses, siége, fréquence, variété de formes, impor-

tance du diagnostic, du traitement, etc., tout se dispute, à l'envi, l'attention du médecin.

Le nombre des auditeurs qui, chaque année, afflue aux leçons cliniques de M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, et aussi, si nous pouvons le dire, la faveur avec laquelle la première édition de cet ouvrage a été accueillie, témoigneraient au besoin pour ce que nous venons d'avancer.

C'est un progrès que nous sommes heureux de signaler, et que l'on doit évidemment à l'enseignement fécond et clair de M. Biett, qui, appliquant à l'étude des maladies de la peau une méthode simple, est parvenu, après des recherches qui datent de plus de quinze ans, à répandre le plus beau jour sur les deux points les plus obscurs, le diagnostic et le traitement.

Forts de ses principes, et puisant largement d'ailleurs, cette fois comme la première, dans ses savantes leçons, nous avons cru qu'à défaut d'une classification parfaite, nous devions toujours suivre la plus simple, la moins vicieuse : aussi avons-nous conservé celle de Willan, mais avec les modifications importantes que M. Biett y a apportées.

Cette fois, nous l'avons adoptée franchement, en la débarrassant, même comme synonymie, des dé-

nominations qui ont contribué si long-temps à rendre plus difficile et plus obscure l'étude des maladies de la peau.

Ainsi nous avons rejeté entièrement le mot *dartre*, comme nous pensons qu'il doit être rejeté du langage médical, avec son amplification (*dermatose dartreuse*), comme une dénomination vide de sens, qui s'applique à tout, et par conséquent ne signifie rien.

Pour les mêmes raisons, nous avons repoussé aussi le mot *teigne*, dont l'influence a été tout aussi funeste. Nous ne nous sommes pas bornés, pour ce genre de maladies, à leur arracher une dénomination mal choisie, pour la remplacer par le terme générique de *porrigo* : mais, suivant entièrement la réforme dont M. Biett a fait depuis long-temps sentir l'importance dans ses leçons cliniques, et qu'il a adoptée désormais d'une manière positive, nous avons retranché du porrigo les éruptions qui figuraient à tort au nombre des *teignes* pour les reporter aux groupes auxquels elles appartiennent réellement, à l'*impétigo*, par exemple; et nous n'avons conservé pour le genre, qu'une seule maladie qui admet deux variétés, mais qui se présente avec des caractères spéciaux qui n'appartiennent qu'à elle, et qui sont constans.

Indépendamment de ces changemens et de plusieurs autres d'un égal intérêt, nous avons été assez heureux pour augmenter cette édition de l'histoire de quelques variétés nouvelles, et enfin nous avons pu surtout ajouter à la description des maladies les plus importantes, et c'est ici le lieu de répéter que, non-seulement nous avons suivi les doctrines de M. Biett, mais que souvent nous avons reproduit ses opinions, ses propres idées, aussi nous sommes heureux de pouvoir le remercier de nouveau, publiquement, d'avoir mis à notre disposition les richesses de son enseignement et de son expérience, dont notre ouvrage doit être considéré comme le dépôt.

On a paru regretter de ne pas trouver de planches dans la première édition : nous avons déjà exposé les raisons qui nous avaient engagés à n'en pas mettre. Cependant nous avons cherché à allier l'utilité qu'elles peuvent avoir, avec le peu de développement que la nature de cet ouvrage permettait de leur donner. Peut-être aurons-nous été assez heureux pour y parvenir, en représentant chaque lésion élémentaire dans une maladie qui lui sert de type, et qui se trouve placée dans la région qui est son siége habituel. Au moins nous aurons évité de faire de ces dessins inutiles, incompréhensibles, même pour ceux qui sont le plus habitués à reconnaître les ma-

ladies de la peau, et qui ont été comparés très-exactement à ces *échantillons* de gilets que colportent les tailleurs.

Nous avons été très-heureusement secondés, d'ailleurs, par le crayon habile de M. Godefroy-Jadin; jeune peintre dont le nom est déjà si honorablement connu dans les arts, et à qui nous nous empressons d'offrir nos remercîmens.

PROLÉGOMÈNES.

Pourquoi les maladies de la peau sont restées si long-temps entourées d'une grande obscurité.

Il n'y a point de maladies qui aient été longtemps, et qui soient souvent encore entourées d'autant d'obscurité que celles qui constituent la pathologie cutanée; cela doit paraître d'autant plus extraordinaire qu'il n'en est point d'une autre part dont les phénomènes soient plus faciles à reconnaître, puisqu'elles se manifestent par des caractères constamment appréciables à la vue, et qu'enfin elles sont tellement fréquentes qu'elles se présentent à chaque instant à l'observation; mais n'est-ce pas dans cette fréquence elle-même, et dans la facilité avec laquelle on peut constater leur existence, qu'il faut chercher la cause du chaos dans lequel ce genre de maladies est resté plongé si long-temps? Ici, comme dans beaucoup d'autres parties de la médecine, la multiplicité des faits n'a servi qu'à encombrer la science; pouvait-il en être autrement de l'histoire des mêmes maladies observées à différens états et décrites comme des affections dissemblables, suivant qu'on les rapportait à telle ou telle classification, le plus souvent vi-

[illegible] recueillait sans or-
[illegible] chercher à les grou-

[illegible] de l'obscurité qui a
[illegible]ement de l'application des
[illegible] à des affections tout-à-fait diffé-
[illegible] *lèpre*, donné à une foule de ma-
[illegible], a traversé plusieurs siècles sans
[illegible] avec lui l'idée d'une dénomination
[illegible]. Tantôt c'est une affection tuberculeuse (*éléphantiasis des Grecs*), tantôt c'est une maladie à laquelle, ordinairement, la peau est tout-à-fait étrangère, au moins dans le principe, et qui est surtout constituée par une tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané (*éléphantiasis des Arabes*); ici c'est une inflammation squammeuse (*lepra vulgaris*), ou bien encore c'est une réunion de maladies diverses (*eczema*, *psoriasis*, *lichen*) que nous voyons au milieu de Paris au XIIe siècle être reçues dans un hôpital particulier destiné *aux lépreux*, hôpital qui en 1600, et même plus tard, avait encore cette destination. Et, pour choisir un exemple plus récent : de nos jours quel vague le mot *dartre* ne laisse-t-il pas dans l'esprit? cependant à chaque instant nous le voyons employer seul dans le langage médical; on cherche même à le définir, comme si le mot *dartre* par lui-même n'était pas vide de sens, et comme s'il signifiait autre chose que *maladie de la peau*, *éruption*, dont il est synonyme !

Le défaut de classification, et plus tard des classifications très-vicieuses, ont aussi puissamment contribué à jeter beaucoup d'obscurité sur l'étude importante des maladies de la peau. Cependant au XVIIe siècle, à la fin du XVIIIe et au commencement du XIXe, plusieurs auteurs ont rassemblé avec plus de méthode la foule de formes diverses sous lesquelles ces maladies peuvent se présenter; ils en ont fait des groupes plus ou moins distincts, et ont commencé à jeter un peu de jour sur cette branche importante de la pathologie. Toutes ces classifications peuvent se réduire à trois principales: **Les classifications nombreuses peuvent se rapporter à trois principales.**

L'une, a été introduite par Mercuriali, plus tard admise en partie par Turner, et reproduite il y a quelques années par M. Alibert. Elle a pour base fondamentale de diviser les maladies de la peau en deux groupes principaux, suivant qu'elles se manifestent à la tête ou sur le reste du corps. Mais, tout en adoptant ces distinctions et en donnant le nom de *teignes* aux maladies de la tête, de *dartres* à celles des autres parties, M. Alibert ne s'est pas contenté de ces premières divisions; il a fait des espèces et des variétés, il fallait alors des caractères distinctifs; il les trouva tantôt dans les produits mêmes de l'inflammation, tantôt dans ses différens états, dans les nuances de forme, etc., etc. Ainsi, rencontrait-il une éruption accompagnée d'une desquammation écailleuse, il la rangeait dans la dartre squammeuse, puis il ajoutait le nom d'*humide*, **Mercuriali. (1623.) Turner. (1736.) Alibert. (1806.)**

cieuse, ou même qu'on les recueillait sans ordre, sans méthode, sans chercher à les grouper, etc., etc.?

Pour donner une idée de l'obscurité qui a dû résulter nécessairement de l'application des mêmes termes à des affections tout-à-fait différentes, le mot *lèpre*, donné à une foule de maladies diverses, a traversé plusieurs siècles sans présenter avec lui l'idée d'une dénomination exacte. Tantôt c'est une affection tuberculeuse (*éléphantiasis des Grecs*), tantôt c'est une maladie à laquelle, ordinairement, la peau est tout-à-fait étrangère, au moins dans le principe, et qui est surtout constituée par une tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané (*éléphantiasis des Arabes*); ici c'est une inflammation squammeuse (*lepra vulgaris*), ou bien encore c'est une réunion de maladies diverses (*eczema*, *psoriasis*, *lichen*) que nous voyons au milieu de Paris au XIIe siècle être reçues dans un hôpital particulier destiné *aux lépreux*, hôpital qui en 1600, et même plus tard, avait encore cette destination. Et, pour choisir un exemple plus récent : de nos jours quel vague le mot *dartre* ne laisse-t-il pas dans l'esprit? cependant à chaque instant nous le voyons employer seul dans le langage médical; on cherche même à le définir, comme si le mot *dartre* par lui-même n'était pas vide de sens, et comme s'il signifiait autre chose que *maladie de la peau*, *éruption*, dont il est synonyme!

Le défaut de classification, et plus tard des classifications très-vicieuses, ont aussi puissamment contribué à jeter beaucoup d'obscurité sur l'étude importante des maladies de la peau. Cependant au XVIIe siècle, à la fin du XVIIIe et au commencement du XIXe, plusieurs auteurs ont rassemblé avec plus de méthode la foule de formes diverses sous lesquelles ces maladies peuvent se présenter; ils en ont fait des groupes plus ou moins distincts; et ont commencé à jeter un peu de jour sur cette branche importante de la pathologie. Toutes ces classifications peuvent se réduire à trois principales : Les classifications nombreuses peuvent se rapporter à trois principales.

L'une, a *été introduite* par Mercuriali, plus tard admise en partie par Turner, et reproduite il y a quelques années par M. Alibert. Elle a pour base fondamentale de diviser les maladies de la peau en deux groupes principaux, suivant qu'elles se manifestent à la tête ou sur le reste du corps. Mais, tout en adoptant ces distinctions et en donnant le nom de *teignes* aux maladies de la tête, de *dartres* à celles des autres parties, M. Alibert ne s'est pas contenté de ces premières divisions; il a fait des espèces et des variétés, il fallait alors des caractères distinctifs; il les trouva tantôt dans les produits mêmes de l'inflammation, tantôt dans ses différens états, dans les nuances de forme, etc., etc. Ainsi, rencontrait-il une éruption accompagnée d'une desquammation écailleuse, il la rangeait dans la dartre squammeuse, puis il ajoutait le nom d'*humide*, Mercuriali. (1623.) Turner. (1736.) Alibert. (1806.)

cieuse, ou même qu'on les recueillait sans ordre, sans méthode, sans chercher à les grouper, etc., etc.?

Pour donner une idée de l'obscurité qui a dû résulter nécessairement de l'application des mêmes termes à des affections tout-à-fait différentes, le mot *lèpre*, donné à une foule de maladies diverses, a traversé plusieurs siècles sans présenter avec lui l'idée d'une dénomination exacte. Tantôt c'est une affection tuberculeuse (*éléphantiasis des Grecs*), tantôt c'est une maladie à laquelle, ordinairement, la peau est tout-à-fait étrangère, au moins dans le principe, et qui est surtout constituée par une tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané (*éléphantiasis des Arabes*); ici c'est une inflammation squammeuse (*lepra vulgaris*), ou bien encore c'est une réunion de maladies diverses (*eczema, psoriasis, lichen*) que nous voyons au milieu de Paris au XIIe siècle être reçues dans un hôpital particulier destiné *aux lépreux*, hôpital qui en 1600, et même plus tard, avait encore cette destination. Et, pour choisir un exemple plus récent : de nos jours quel vague le mot *dartre* ne laisse-t-il pas dans l'esprit? cependant à chaque instant nous le voyons employer seul dans le langage médical; on cherche même à le définir, comme si le mot *dartre* par lui-même n'était pas vide de sens, et comme s'il signifiait autre chose que *maladie de la peau, éruption*, dont il est synonyme!

Le défaut de classification, et plus tard des classifications très-vicieuses, ont aussi puissamment contribué à jeter beaucoup d'obscurité sur l'étude importante des maladies de la peau. Cependant au XVIIe siècle, à la fin du XVIIIe et au commencement du XIXe, plusieurs auteurs ont rassemblé avec plus de méthode la foule de formes diverses sous lesquelles ces maladies peuvent se présenter; ils en ont fait des groupes plus ou moins distincts, et ont commencé à jeter un peu de jour sur cette branche importante de la pathologie. Toutes ces classifications peuvent se réduire à trois principales : **Les classifications nombreuses peuvent se rapporter à trois principales.**

L'une, a été introduite par Mercuriali, plus tard admise en partie par Turner, et reproduite il y a quelques années par M. Alibert. Elle a pour base fondamentale de diviser les maladies de la peau en deux groupes principaux, suivant qu'elles se manifestent à la tête ou sur le reste du corps. Mais, tout en adoptant ces distinctions et en donnant le nom de *teignes* aux maladies de la tête, de *dartres* à celles des autres parties, M. Alibert ne s'est pas contenté de ces premières divisions; il a fait des espèces et des variétés, il fallait alors des caractères distinctifs; il les trouva tantôt dans les produits mêmes de l'inflammation, tantôt dans ses différens états, dans les nuances de forme, etc., etc. Ainsi, rencontrait-il une éruption accompagnée d'une desquammation écailleuse, il la rangeait dans la dartre squammeuse, puis il ajoutait le nom d'*humide*, **Mercuriali. (1623.) Turner. (1736.) Alibert. (1806.)**

cieuse, ou même qu'on les recueillait sans ordre, sans méthode, sans chercher à les grouper, etc., etc.?

Pour donner une idée de l'obscurité qui a dû résulter nécessairement de l'application des mêmes termes à des affections tout-à-fait différentes, le mot *lèpre*, donné à une foule de maladies diverses, a traversé plusieurs siècles sans présenter avec lui l'idée d'une dénomination exacte. Tantôt c'est une affection tuberculeuse (*éléphantiasis des Grecs*), tantôt c'est une maladie à laquelle, ordinairement, la peau est tout-à-fait étrangère, au moins dans le principe, et qui est surtout constituée par une tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané (*éléphantiasis des Arabes*); ici c'est une inflammation squammeuse (*lepra vulgaris*), ou bien encore c'est une réunion de maladies diverses (*eczema, psoriasis, lichen*) que nous voyons au milieu de Paris au XIIe siècle être reçues dans un hôpital particulier destiné *aux lépreux*, hôpital qui en 1600, et même plus tard, avait encore cette destination. Et, pour choisir un exemple plus récent : de nos jours quel vague le mot *dartre* ne laisse-t-il pas dans l'esprit? cependant à chaque instant nous le voyons employer seul dans le langage médical; on cherche même à le définir, comme si le mot *dartre* par lui-même n'était pas vide de sens, et comme s'il signifiait autre chose que *maladie de la peau, éruption*, dont il est synonyme!

Le défaut de classification, et plus tard des classifications très-vicieuses, ont aussi puissamment contribué à jeter beaucoup d'obscurité sur l'étude importante des maladies de la peau. Cependant au XVIIe siècle, à la fin du XVIIIe et au commencement du XIXe, plusieurs auteurs ont rassemblé avec plus de méthode la foule de formes diverses sous lesquelles ces maladies peuvent se présenter; ils en ont fait des groupes plus ou moins distincts; et ont commencé à jeter un peu de jour sur cette branche importante de la pathologie. Toutes ces classifications peuvent se réduire à trois principales: **Les classifications nombreuses peuvent se rapporter à trois principales.**

L'une, a été introduite par Mercuriali, plus tard admise en partie par Turner, et reproduite il y a quelques années par M. Alibert. Elle a pour base fondamentale de diviser les maladies de la peau en deux groupes principaux, suivant qu'elles se manifestent à la tête ou sur le reste du corps. Mais, tout en adoptant ces distinctions et en donnant le nom de *teignes* aux maladies de la tête, de *dartres* à celles des autres parties, M. Alibert ne s'est pas contenté de ces premières divisions; il a fait des espèces et des variétés, il fallait alors des caractères distinctifs; il les trouva tantôt dans les produits mêmes de l'inflammation, tantôt dans ses différens états, dans les nuances de forme, etc., etc. Ainsi, rencontrait-il une éruption accompagnée d'une desquammation écailleuse, il la rangeait dans la dartre squammeuse, puis il ajoutait le nom d'*humide*, **Mercuriali. (1623.) Turner. (1736.) Alibert. (1806.)**

d'*orbiculaire*, etc., etc., suivant qu'elle était accompagnée habituellement d'une exhalation de sérosité, ou qu'elle affectait une forme en cercle, en anneau. Toutes les fois qu'il rencontrait des *croûtes*, il groupait cette maladie autour d'une espèce commune à laquelle il donnait le nom de *dartre crustacée*, etc., etc. : enfin il fit une foule de sections différentes pour les maladies qui ne lui semblèrent pas devoir être groupées autour de ces autres ordres. Ainsi, indépendamment des *teignes*, qu'il décrivit au nombre de cinq, des *dartres*, dont il admit sept espèces ; il donna aussi l'histoire des *pliques*, des *éphélides*, des *cancroïdes*, des *lèpres*, des *pians*, des *icthyoses*, des *syphilides*, des *scrofules*, des *psorides*. Ce plan, beaucoup trop vaste, et qui ne se rattache à aucun centre commun, est loin d'être à l'abri de reproches, et ne saurait être un bon guide dans l'étude des maladies de la peau. En effet, d'abord ce reproche qu'on a fait à Mercuriali et à Turner d'avoir séparé des maladies tout-à-fait identiques, par cela seul qu'elles avaient un siége différent, M. Alibert l'a assumé tout entier, en adoptant cette distinction comme base de son ouvrage ; et il est d'autant mieux fondé qu'il n'y a peut-être pas d'*éruption* qui ait un siége tellement spécial qu'on ne puisse jamais la rencontrer dans d'autres régions avec des caractères analogues. Mais en outre, en groupant les maladies suivant les produits de l'inflammation, il a couru le risque de rapprocher des

affections différentes, d'en séparer d'analogues, et c'est en effet ce qui est arrivé : nous voyons sous ce terme générique de *dartre squammeuse* des inflammations essentiellement dissemblables par leurs élémens, par leur marche, par leurs symptômes et par les moyens de traitement qu'elles reclament. Certes on n'aura jamais une idée exacte de la *dartre squammeuse lichénoïde* et de la *dartre squammeuse humide* tant qu'on les groupera autour d'un ordre commun, tant qu'on leur assignera les mêmes caractères; dans la *dartre squammeuse humide* elle-même, prise isolément, on ne verra jamais qu'une certaine *période* d'une inflammation qui peut cependant revêtir des formes élémentaires diverses, et constituer des maladies qu'il est tout-à-fait important de distinguer. D'une autre part, nous trouvons dans cette classification des éruptions entièrement identiques rangées dans des espèces différentes. Ainsi la *dartre furfuracée arrondie* est tellement analogue sous tous les rapports à la *dartre squammeuse lichénoïde*, qu'elle reconnaît les mêmes élémens, suit la même marche, réclame les mêmes moyens de traitement, enfin ne diffère de cette dernière absolument que par la forme de ses plaques, qui peut tout au plus, dans ces cas, constituer une variété.

Comprenant tous les vices de sa classification, M. Alibert vient de l'abandonner, nous voudrions dire pour une meilleure; mais cette fois on ne retrouve pas même, comme dans l'autre, ces jalons

épars auxquels viennent se rendre les maladies de la peau, par groupes plus ou moins bien assortis. Ici, point de méthode, pas de point de départ, pas le moindre lien... C'est *l'arbre des dermatoses*. Les maladies forment les branches et les rameaux, au gré du *médecin naturaliste*. C'est une confusion à laquelle vient ajouter encore une collection de noms, dans le choix desquels on semble avoir apporté tous ses soins à trouver les plus anciens, les plus bizarres, et les plus incompréhensibles. Nous n'entreprendrons pas de présenter cette classification, même en extrait, elle ne saurait supporter ni l'examen, ni l'analyse. Elle ne peut d'ailleurs avoir la moindre portée, *l'arbre des dermatoses* est déjà *mort*.

Plenck (1796). Willan. (1798.) Une autre classification établie sur des bases différentes c'est celle de Plenck, si heureusement perfectionnée par Willan. Le premier, rejetant toute division topographique, classa les maladies de la peau d'après leurs caractères extérieurs; mais à côté de véritables lésions anatomiques élémentaires, il rangea des produits de l'inflammation; et parmi les quatorze classes qu'il adopta, on voit, à côté de celles qui sont constituées par des *vésicules*, des *pustules*, etc., des sections distinctes basées sur des *croûtes*, des *ulcères*, comme si ces *ulcères* et ces *croûtes*, symptômes consécutifs, ne succédaient pas à des *pustules*, etc., et comme s'il était si léger cet

inconvénient inévitable alors, de faire deux ou trois affections différentes d'une seule et même maladie, suivant qu'elle existe à l'état pustuleux, à l'état crustacé, à l'état d'ulcère.

Willan s'empara de cette base fondamentale, et établit une classification, qui, si elle n'est pas exempte d'erreurs, est au moins, dans l'état actuel de nos connaissances, celle qui présente le plus de clarté, de précision, d'exactitude dans l'étude des maladies de la peau. Il rejeta tous les produits de l'inflammation, et n'admit pour caractères de ses *ordres*, que les lésions élémentaires proprement dites; il en trouva huit bien distincts : 1° *papulæ*; 2° *squammæ*; 3° *exanthemata*; 4° *bullæ*; 5° *vesiculæ*; 6° *pustulæ*; 7° *tubercula*; 8° *maculæ*. Un d'eux, il est vrai, l'ordre des *squammes*, est basé aussi sur les produits de l'inflammation plutôt que sur la lésion élémentaire; mais les caractères qui le constituent sont extrêmement tranchés et appartiennent exclusivement aux maladies qu'il y a rangées : ils forment un groupe tout aussi distinct que les autres ordres. Aussi cette classification, envisagée en général, présente-t-elle la plus grande exactitude. Cependant, si nous descendons aux détails, nous verrons qu'elle est loin de ne rien laisser à désirer, sans même que nous ayons besoin de relever des erreurs, qui ne sont que des applications vicieuses et qui par conséquent ne sauraient infirmer l'utilité de la mé-

thode : nous voulons parler ici de la présence du purpura dans les *exanthèmes*, de l'érysipèle dans les *bulles*, de la gale dans les *pustules*, de l'acné, du *sycosis-menti* (mentagre), dans les *tubercules*, etc. Ainsi non-seulement il est singulier de trouver à côté les unes des autres des maladies si différentes dans leur nature et dans leur marche, parce que leurs lésions élémentaires sont jusqu'à un certain point analogues, la *variole*, par exemple, à côté de la *teigne*, ou de l'*impétigo* (dartre crustacée); mais encore la nature ne se prête pas toujours aussi facilement aux divisions artificielles. Ainsi, souvent entre la vésicule et la pustule, il n'y a qu'une nuance bien légère; la bulle du *rupia* se rapproche bien dans une foule de circonstances de la pustule phlysaciée de l'*ecthyma*. Enfin plusieurs maladies ne sauraient être groupées autour des huit ordres admis par Willan : le *purpura*, par exemple, est tout aussi étranger aux exanthèmes qu'aux vésicules, aux squammes, etc. ; le *lupus* n'est pas toujours une maladie tuberculeuse, etc., etc. Malgré ses imperfections, la classification de Willan offre sans contredit beaucoup de facilité et de précision, et cela parce qu'elle repose sur les élémens des maladies eux-mêmes, élémens invariables, et que l'on peut toujours retrouver, à toutes les périodes de l'éruption.

Retz (1790.) Une troisième classification qui présenterait

beaucoup d'attraits si elle était applicable, est celle de Joseph Franck, qui, suivant celles de Retz et de Derien, a divisé les maladies de la peau en aiguës et chroniques. Cette distinction semble tout-à-fait naturelle au premier abord, et l'on trouve tout simple de séparer entièrement la *rougeole* du *psoriasis*, de la *gale*, du *prurigo*, etc.; mais en y réfléchissant, on voit qu'elle est tout-à-fait impraticable. Comment en effet diviser un ouvrage en deux parties, et dans l'une donner la description d'une maladie à l'état aigu, tandis que l'histoire de cette même maladie à l'état chronique sera renvoyée à la seconde, à moins d'admettre avec J. Franck que telle éruption est toujours aiguë, et que telle autre est toujours chronique; ce qui est vrai pour un certain nombre, mais nullement applicable pour la plupart, et surtout pour celles que cet auteur regarde comme étant toujours à ce dernier état? Ainsi ces distinctions, qui sont de la plus haute importance pour chaque description en particulier, ne sauraient former la base d'une classification générale. Derien (1804). J. Franck (1821).

Telles sont les trois méthodes principales suivant lesquelles on a classé les maladies de la peau. Comme on le voit, aucune ne présente assez de précision, assez de clarté pour ne rien laisser à désirer dans l'étude de la pathologie cutanée; mais c'est dans la matière même qui fait le sujet de ces classifications qu'il faut trou- Pourquoi toutes les classifications sont imparfaites.

ver la cause de ces imperfections inévitables. En effet, ce genre d'affections se montre à nous par des caractères appréciables à la vue; mais les tissus où elles ont leur siége ne sont pas encore assez bien connus pour que l'on puisse établir des divisions précises et durables ; et même il est permis de dire que la seule classification des maladies de la peau qui pût être à l'abri de tout reproche serait celle qui aurait pour base le siége spécial de chaque lésion élémentaire, et tant que l'anatomie du système dermoïde ne se sera pas enrichie de connaissances plus positives, nous n'aurons jamais une parfaite classification de ses maladies. Dans l'état actuel de nos connaissances n'est-ce pas une tentative vaine et illusoire que de chercher à grouper ces espèces si nombreuses d'après les causes qui les produisent? M. Plumbe, qui a voulu adopter cette classification bizarre, aurait plutôt ajouté de nouvelles difficultés à celles qui existent déjà dans cette branche de la pathologie, si un ouvrage fait dans cet esprit pouvait exercer quelque influence sur la science.

S. Plumbe (1824).

Plan de l'ouvrage.

Nous avons dû choisir parmi ces méthodes celle qui nous a semblé la plus favorable à l'étude de ces maladies, et nous avons adopté entièrement celle de Willan, sauf les modifications nombreuses et importantes que M. Biett a introduites dans les applications individuelles.

Ainsi, nous avons classé les maladies de la

peau, comme on le voit dans le tableau suivant, d'après leurs formes extérieures, leurs lésions élémentaires, en renvoyant à autant de chapitres différens quelques unes qui nous ont semblé ne se rapporter à aucun des huit ordres principaux.

Ordre suivant lequel nous avons classé et décrit les maladies de la peau.

ORDRE I. EXANTHÈMES.
Erythème.
Erysipèle.
Roséole.
Rougeole.
Scarlatine.
Urticaire.

ORDRE II. VÉSICULES.
Miliaire.
Varicelle.
Eczéma.
Herpes.
Gale.

ORDRE III. BULLES.
Pemphigus.
Rupia.

ORDRE IV. PUSTULES.
Variole.
Vaccine.
Ecthyma.
Impétigo.
Acné.
Mentagre.
Porrigo.

ORDRE V. PAPULES.
Lichen.
Prurigo.

ORDRE VI. SQUAMMES.
Lèpre.
Psoriasis.
Pytiriasis.
Icthyose.

ORDRE VII. TUBERCULES.
Eléphantiasis des Grecs.
Molluscum.
Framboesia.

ORDR. VIII. MACULES.
Colorations.
Teinte bronzée.
Ephélides.
Nœvi
Décolorations.
Albinisme.
Vitiligo.

Maladies qui par leur nature ne peuvent se rapporter à aucun des ordres ci-dessus.

ORDRE IX. LUPUS.
ORDRE X. PELLAGRE.
ORDRE XI. SYPHILIDES.
ORDRE XII. PURPURA.
ORDRE XIII. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.
ORDRE XIV. KÉLOIDE.

Lésions élémentaires.

Les maladies de la peau, comme on le voit dans ce tableau, peuvent être rapportées presque toutes à un certain nombre de lésions élémentaires. Ces lésions sont constantes pour toutes les éruptions de chaque ordre. A quelque période que l'on observe l'inflammation cutanée, dans tous les cas, on peut les retrouver plus ou moins intactes, plus ou moins dénaturées, mais

le plus souvent toujours appréciables avec un peu d'attention, soit au centre même des parties malades soit aux confins de l'éruption. Toutes se présentent avec des caractères spéciaux, toutes ont une valeur individuelle bien importante à étudier, et c'est parce qu'on l'a constamment méconnue que nous voyons dans les descriptions employer à chaque instant le mot *bouton*, dénomination vague et vide de sens, ou bien encore que l'on applique le nom de *pustules* à une foule de lésions différentes.

EXANTHÈMES (*exanthemata*). On désigne sous ce nom des taches plus ou moins rouges, de formes diverses, plus ou moins étendues, disparaissant sous la pression du doigt, se terminant par délitescence, par résolution ou par desquammation.

VÉSICULES (*vesiculæ*). On entend par vésicules de petits soulèvemens de l'épiderme, formés par la collection d'un liquide séreux et transparent, qui, dans quelques circonstances, peut devenir opaque, et même séro-purulent. La résorption du liquide épanché, une desquammation légère, ou bien encore quelques excoriations ou de petites croûtes très-minces, peuvent succéder aux vésicules.

BULLES (*bullæ*). Ces lésions, en général, ne diffèrent des précédentes que par leur volume qui est beaucoup plus considérable ; ce sont de véritables petites tumeurs superficielles, for-

mées par de la sérosité épanchée sous l'épiderme.

PUSTULES (*pustulæ*). Cette dénomination doit être exclusivement appliquée aux collections purulentes, formées à la surface du corps muqueux enflammé. Le liquide qu'elles contiennent donne lieu à des incrustations plus ou moins épaisses; elles laissent après elles ou des indurations chroniques, ou des surfaces rouges enflammées, et quelquefois légèrement excoriées.

PAPULES (*papulæ*). Les papules sont de petites élévations pleines, solides, résistantes, ne renfermant jamais aucun fluide, susceptibles seulement de s'ulcérer quelquefois à leur sommet, mais se terminant le plus souvent par résolution ou par une desquammation furfuracée.

SQUAMMES (*squammæ*). On désigne ainsi des lames ou lamelles d'épiderme altéré, le plus souvent épaissi, sèches, blanchâtres et friables, qui surmontent de petites élévations comme papuleuses, plus ou moins rouges, plus ou moins enflammées. Elles sont susceptibles de se détacher et de se reproduire pendant un temps infini par des desquammations successives.

TUBERCULES (*tubercula*). On entend par tubercules, dans la pathologie cutanée, de petites tumeurs dures, plus ou moins saillantes, circonscrites et permanentes, pouvant s'ulcérer à leur sommet ou suppurer partiellement. Ici, les tubercules sont considérés comme lésions élémentaires, et comme n'ayant été précédés d'aucune collection purulente.

MACULES (*maculæ*). Les macules sont des colorations ou des décolorations permanentes de quelques points de la peau seulement, ou de l'enveloppe cutanée tout entière, qui ne sont liées à aucun trouble général de l'économie.

A ces huit ordres, nous avons pu rapporter la plupart des maladies de la peau, qui, ainsi groupées, présentent entre elles de grandes analogies, au moins de forme. Nous avons cru devoir faire quelques changemens dans le classement des espèces. Ainsi, le *pemphigus* et le *pompholix* nous ont semblé ne constituer qu'une seule et même maladie. L'*acné* n'est point évidemment une éruption tuberculeuse; aussi l'avons-nous rangée parmi les *pustules* qui en constituent véritablement les lésions élémentaires. L'*érysipèle* appartenait réellemment aux exanthèmes, la *gale* aux vésicules, etc. : nous les y avons rapportés. Quant à certaines maladies, qui forment les six derniers ordres, elles ne peuvent cadrer, pour la plupart, avec aucune des sections, soit parce que leurs lésions élémentaires ne peuvent se rattacher à aucune des précédentes, soit parce qu'elles se développent sous une influence spéciale, et avec des symptômes *sui generis*; aussi avons-nous préféré en faire autant de descriptions séparées.

On ne s'étonnera point de ne pas trouver ici certaines altérations telles que l'*anthrax*, la *brûlure*, la *cyanose*, etc., etc.; toutes lésions

étrangères au sujet. D'abord le plan de cet ouvrage ne le comporte pas, et d'ailleurs nous aurions craint de passer pour avoir cherché à le grossir, en y accumulant une foule de maladies qui nous semblent, du reste, aussi déplacées dans un *traité* complet que dans un abrégé pratique. Il n'y a pas de raison alors pour ne pas decrire toutes les fistules, les plaies, qui sont peut-être encore plus du ressort de la pathologie cutanée, que l'*anthrax*, qui appartient entièrement au tissu cellulaire sous-cutané, etc., etc.

Les éruptions sont accompagnées quelquefois de symptômes généraux.

Les symptômes spéciaux des maladies de la peau peuvent se compliquer entre eux, et l'on rencontre fréquemment plusieurs lésions élémentaires différentes sur le même individu, surtout pour les maladies aiguës. Souvent aussi elles sont accompagnées de symptômes généraux, et surtout de phénomènes qui annoncent une irritation plus ou moins vive de la muqueuse des voies aériennes, et principalement de l'appareil digestif. Mais un grand nombre d'éruptions suivent une marche chronique, durent des mois et des années, sans être compliquées d'aucun trouble général, sans le moindre dérangement intérieur.

Du reste les lésions cutanées sont susceptibles d'une foule de modifications, soit dans leur marche, soit dans leur coloration, soit dans leur terminaison, suivant la constitution, l'âge des malades, les conditions hygiéniques dans

lesquelles ils se trouvent, suivant la complication de telle ou telle phlegmasie interne. Ainsi, par exemple, il est très-fréquent de voir, sous l'influence d'une irritation gastro-intestinale accidentelle, une éruption, même une éruption chronique qui durait depuis plusieurs mois, se flétrir, quelquefois même se dissiper peu à peu et disparaître entièrement, pour se reproduire de nouveau, se reformer lentement, aussitôt que le malade entre en convalescence. L'on ne manque pas de dire alors, prenant l'effet pour la cause, que l'*éruption est rentrée, et s'est portée sur des organes importans*... Cependant la phlegmasie intérieure a évidemment précédé la disparition de l'éruption; le retour de cette dernière n'a eu lieu que lentement, et lorsque déjà tous les organes antérieurement enflammés ne présentaient plus aucun phénomène morbide. Sans vouloir décider ici la question des répercussions : au moins pour les maladies de la peau, il faut dire que les choses se passent presque constamment ainsi, et que si elles ne sont pas toujours aussi facilement appréciables, si la disparition de l'éruption a semblé quelquefois coïncider avec le développement de l'inflammation intérieure, ces cas sont rares, et ne prouvent rien; car on sait très-bien qu'un organe peut être déjà malade et enflammé depuis quelques jours, avant qu'il n'ait produit aucun phénomène morbide appréciable. Pourquoi donc

Influences des phlegmasies intérieures sur les inflammations de la peau.

chercher des explications forcées quand la physiologie nous en offre qui sont toutes naturelles?

L'étiologie des maladies de la peau n'est pas un des points les moins obscurs de leur histoire.

Les maladies de la peau peuvent se développer sous une foule d'influences tout-à-fait différentes, et leur étiologie n'est pas un des points les moins obscurs de leur histoire.

Quelques unes se manifestent évidemment à la suite de causes directes, facilement appréciables dans une foule de cas. Par exemple, on ne saurait méconnaître l'influence des applications stimulantes, de quelques professions, de certaines conditions hygiéniques, etc., etc. Ainsi il n'est pas rare de voir se développer une éruption le plus souvent vésiculeuse, ou vésiculo-pustuleuse, à la suite de vésicatoires, de frictions, de lotions irritantes; il est fréquent de les rencontrer aussi chez ceux qui manient habituellement des substances pulvérulentes, qui, par métier, sont constamment exposés à un foyer ardent. Plusieurs exanthèmes peuvent être le résultat de corps excitans appliqués sur la peau; le *prurigo* se développe au milieu de la malpropreté, etc., etc.

On ne saurait localiser les maladies de la peau.

Mais, bien qu'un certain nombre d'éruptions se manifestent à la suite de causes directes, il faudrait bien se garder de vouloir les localiser d'une manière générale, car, d'un autre côté, il arrive souvent que les inflammations cutanées se trouvent liées jusqu'à un certain point avec quelque dérangement de l'économie, avec l'alté-

ration de quelque organe intérieur. Ainsi le *pemphigus chronique* se déclare surtout dans la vieillesse, au milieu de la misère et des privations de toute espèce; l'*érythème*, la *couperose*, le *purpura simplex*, etc., coïncident souvent avec un état pléthorique, avec un dérangement de la menstruation chez les femmes; la *roséole*, quelques cas d'*urticaire*, etc., etc., accompagnent souvent des accès fébriles; quelques autres enfin, et surtout *la pellagre*, paraissent étroitement unies avec une irritation gastro-intestinale. Mais il est bon de faire observer ici que, s'il est vrai de dire que l'on rencontre quelquefois l'inflammation des voies digestives avec les maladies de la peau, les cas où celles-ci ne sont que des phénomènes sympathiques des premières sont extrêmement rares, et le plus souvent, ce sont deux affections qui se compliquent plutôt qu'elles ne dépendent l'une de l'autre. Cela est si vrai, que, d'une part, le plus souvent chez les individus atteints de maladies de la peau, l'appareil digestif est très-sain, et même que dans un grand nombre de cas, c'est vers lui qu'on dirige avec succès une médication énergique, et que de l'autre on voit très-fréquemment une inflammation de la muqueuse des intestins faire disparaître une maladie de la peau, et celle-ci se manifester de nouveau immédiatement après la guérison de la phlegmasie intérieure.

De l'influence des irritations gastro-intestinales.

Mais si, comme nous venons de le dire, dans

[illegible]

ient souvent reconnaître un principe, caché, héréditaire, etc. un grand nombre de cas, les inflammations cutanées se manifestent à la suite de causes directes, ou au moins appréciables, il est évident aussi que souvent elles apparaissent sans qu'on puisse soupçonner l'influence sous laquelle elles se développent; qu'elles sont quelquefois évidemment héréditaires; qu'il est des individus chez lesquels elles se renouvellent très-fréquemment, soit à certaines époques fixes, aux changemens de saison par exemple, ou après le moindre écart de régime, le moindre excès, la moindre émotion morale. Dans ces cas qui sont surtout très-remarquables pour une foule d'inflammations chroniques, la *lèpre*, et en général les affections squammeuses, le *lichen*, quelques maladies pustuleuses, etc., etc., il est impossible de ne pas reconnaître une cause cachée, un principe particulier, jusqu'à un certain point transmissible, et dont la succession héréditaire est souvent irrécusable.

Enfin, il y a des éruptions essentiellement contagieuses, le *porrigo*, la *gale*, etc. Il y en a qui, non-seulement peuvent se transmettre par une contagion plus ou moins directe, mais encore portent avec elles un cachet particulier, se développent sous une influence spéciale, constamment identique : la *variole*, la *syphilide*. D'autres affectent certains climats : l'*éléphantiasis des Grecs*, le *frambœsia*, le *molluscum*, etc., etc.

La cause spé- Quant à la cause spéciale, celle qui préside aux

formes diverses, en vertu de laquelle un excitant quelconque étant donné, l'inflammation cutanée se manifeste plutôt par une *vésicule* que par une *papule*, et se présente plutôt avec des *plaques arrondies* et déprimées au centre, qui, sous l'aspect de petits disques squammeux, ressemblent assez bien à des gouttes d'eau qu'on aurait projetées sur la peau, il est inutile d'ajouter qu'elle est entièrement inconnue; sans doute, un jour la structure intime et les fonctions du système dermoïde seront mieux connues, et alors, mais aussi seulement alors, on pourra probablement se rendre compte de ces différens phénomènes.

ciale est inconnue.

Le *diagnostic* différentiel des maladies de la peau est sans contredit une des parties de leur étude qui demande le plus grand soin; il se lie à tous les autres points de leur histoire; sans lui, comment porter un jugement? A quel moyen de traitement avoir recours? C'est parce qu'il est le plus souvent nul dans presque tous les auteurs qui ont traité de ce genre d'affections, c'est parce que souvent on a enveloppé dans une masse informe la plupart des éruptions en les désignant sous le nom banal de *dartre*, sans attacher la moindre importance aux individualités, que l'on voit encore tous les jours un médecin porter le trouble et l'inquiétude dans une famille, en déclarant que telle éruption est la *gale*, quand c'est un *lichen*, un *prurigo*, un *eczema*; un autre

Il faut ajouter une grande importance au diagnostic.

en annonçant que telle maladie est de nature vénérienne, et en l'exaspérant par des préparations mercurielles, quand la *syphilis* n'y est pour rien; celui-ci en laissant faire des ravages à une *syphilide* qu'il a méconnue; celui-là en pratiquant des excisions, des cautérisations pour une affection toute simple, qu'il a prise pour une maladie redoutable, un lupus, etc., et qui aurait cédé à une médication émolliente.

Les règles du diagnostic sont en partie celles qu'il faut suivre pour étudier les maladies de la peau.

Il est donc de la plus haute importance de se livrer avec le plus grand soin au diagnostic. D'ailleurs, c'est en lui que réside toute l'étude des maladies de la peau. Voyons quelle voie il faut suivre pour y parvenir; essayons de tracer quelques règles générales, au moins pour la plupart des cas.

Importance qu'il y a à bien connaître les lésions élémentaires.

Le point important est de reconnaître la lésion élémentaire primitive, soit qu'elle n'ait point été dénaturée, soit qu'elle ait été masquée jusqu'à un certain point par des altérations secondaires. Une fois ce but atteint, il ne restera plus qu'à comparer la maladie que l'on observe avec le petit nombre de celles qui, comme elle, reconnaissent les mêmes élémens.

Si nous supposons que les lésions élémentaires soient intactes et n'aient subi aucune modification, il ne s'agira que de décider si l'éruption qui se présente est constituée par des *papules*, des *vésicules* ou des *squammes*, etc.; et pour cela, le plus souvent il suffira de la moin-

ère inspection. Mais une fois la lésion primitive connue, il faudra encore décider si elle appartient à telle ou telle espèce, et, dans ce cas, on aura recours à quelques considérations secondaires importantes qui constituent tel ou tel genre, telle ou telle variété, *à la forme*, *au siége*, *à la marche*, etc., etc., etc.

Ainsi, *par* exemple, s'agit-il d'un malade qui offre à la partie interne des bras, dans les intervalles des doigts, au ventre, des *petites collections séreuses*, discrètes, acuminées, transparentes au sommet, accompagnées de prurit, etc.; en examinant avec attention, on se convaincra bientôt que cette petite collection ne contient point de pus; que ce n'est point une élévation solide, résistante; une induration circonscrite; encore moins une *élévation* papuleuse recouverte d'une squamme sèche et dure; ni une injection plus ou moins prononcée disparaissant sous la pression du doigt: c'est-à-dire que ce n'est ni une pustule, ni une papule, ni un tubercule, ni un disque squameux, ni une plaque exanthématique, mais bien une *vésicule*. Maintenant il ne s'agira plus que de décider à laquelle des affections vésiculeuses cette lésion appartient, et en procédant encore par la voie d'exclusion, on arrivera bientôt à un diagnostic positif. Ce n'est point la *miliaire*, ni la *varicelle*, car ces deux maladies sont accompagnées de phénomènes généraux, et d'ailleurs, dans l'une, les

vésicules sont globuleuses, innombrables; dans l'autre, elles sont plus larges, plus enflammées; ce n'est pas l'*herpes*, car il est caractérisé par une réunion de vésicules en groupes, et ici elles sont éparses. Il ne reste donc plus que l'*eczema* et la *gale* : les vésicules de l'*eczema* sont aplaties, ici elles sont acuminées; elles sont ordinairement agglomérées en plus ou moins grand nombre dans l'*eczema*, ici elles sont discrètes, etc., etc. : *donc c'est la gale.*

Nous avons dû choisir un exemple très-simple; mais quelquefois le diagnostic est plus difficile sans même que la lésion élémentaire ait été complétement masquée par des altérations consécutives; et la gale elle-même, qui ordinairement est très-facile à reconnaître, peut, dans quelques circonstances, présenter beaucoup d'obscurité, surtout quand elle a été déformée par l'action des ongles; mais alors on trouve une foule de moyens qui rentrent dans les descriptions particulières, et à l'aide desquels on peut parvenir à découvrir la véritable nature de la maladie. Ces moyens consistent la plupart du temps dans la position de l'éruption elle-même, dans l'aspect de ses formes accidentelles, dans ses symptômes précurseurs, dans ceux qui l'accompagnent, etc., etc.

Il est indispensable de bien connaître les altérations secondaires.

Il ne suffit pas de bien connaître les altérations primitives; car elles peuvent avoir disparu pour la plupart, et c'est avec des lésions consé-

cutives que se présente l'éruption; il faut donc savoir aussi quelles sont les modifications secondaires qu'elles peuvent éprouver. Ainsi le fluide contenu dans une vésicule peut s'épaissir et former une petite squamme; une pustule ne reste pas toujours à l'état pustuleux, plus tard le liquide peut se concréter et former une croûte plus ou moins épaisse; celle-ci peut laisser à sa suite une ulcération : il est donc important de connaître les caractères particuliers de ces phénomènes consécutifs, et surtout à quelles lésions élémentaires ils peuvent correspondre. Les *squammes* (et nous entendons ici *celles qui, molles, jaunâtres, sont le résultat d'un liquide* épanché et épaissi, et non pas des lamelles d'épiderme altéré) peuvent succéder à des vésicules, à des vésicules pustuleuses, à des papules; les *croûtes* se forment à la suite de la plupart des affections pustuleuses, surtout après l'ecthyma, l'impétigo, le porrigo; elles succèdent aussi au pemphigus, au rupia, etc. Les *ulcérations* peuvent appartenir au rupia, à l'ecthyma, etc.

Ici, pour arriver au diagnostic, il faudra donc décider d'abord de quelle nature est la lésion consécutive, puis reconnaître à quelle altération première elle correspond, et dès lors suivre la même marche que nous avons indiquée plus haut. Ainsi, un malade se présente-t-il avec une éruption caractérisée par des croûtes jaunâtres,

rugueuses, épaisses, occupant de grandes surfaces, répandues sur les membres et surtout aux jambes; qui laissent à leur chute des excoriations légères, d'où suinte un liquide purulent qui, en se concrétant, ne tarde pas à en former de nouvelles; ce qui frappe avant tout, c'est la présence des *croûtes*; il suffit de la moindre inspection pour les distinguer, non-seulement des lésions élémentaires, mais encore des altérations consécutives; mais il est moins facile de reconnaître à quelle éruption proprement dite elles se rapportent; pour y parvenir, il faut se rappeler avant tout quelles sont les maladies qui sont susceptibles de présenter ces formes secondaires. Nous avons vu que les croûtes appartenaient à quelques affections bulleuses, mais surtout aux affections pustuleuses: ici il ne s'agit point d'un *pemphigus* ni d'un *rupia*; qui ne sont presque jamais, comme cette éruption, irrégulièrement épars, et qui se manifestent par des incrustations le plus souvent exactement arrondies, discrètes, noirâtres, etc. Il faut donc chercher exclusivement parmi les pustules: ce n'est point la *variole* ni la *vaccine*, elles se présentent avec des caractères trop tranchés pour pouvoir y songer un instant; ce n'est point l'*ecthyma*, car il se manifeste ordinairement par quelques pustules larges, isolées, recouvertes d'incrustations noires, adhérentes, et qui laissent souvent après elles des ulcé-

rations; ce n'est point l'*acné* ni la *mentagre*, car les pustules de ces deux maladies se changent rarement en véritables croûtes et donnent lieu plus particulièrement à des indurations chroniques. Il ne reste donc que le *porrigo* ou l'*impétigo*. Il ne s'agit plus alors que de comparer ces deux maladies : la première, comme on le verra, se présente avec des caractères distincts qu'il serait inutile d'énumérer ici, et il nous suffit d'avoir indiqué comment et par quelle voie on pouvait parvenir à reconnaître que c'était un *impétigo;* et même, en faisant un peu d'attention, on verra que les croûtes sont répandues sans ordre sur les surfaces étendues; et l'on diagnostiquera en outre la variété, l'*impétigo sparsa*.

Quelquefois les caractères ne sont pas si tranchés, et souvent le diagnostic présente des difficultés très-grandes; mais nous avons supposé qu'il ne restait aucune lésion élémentaire distincte, tandis que, dans le plus grand nombre des cas, au contraire, on en rencontre toujours quelques unes parfaitement intactes dans le voisinage de l'éruption.

Dans quelques circonstances il existe une réunion d'élémens différens; mais on rencontre toujours une forme phlegmasique prédominante pour laquelle les autres ne sont que des complications accidentelles.

Il se présente enfin des cas où il est impos-

sible de reconnaître immédiatement la véritable nature de l'éruption ; tels sont ceux de certaines inflammations chroniques, qui, à mesure qu'elles s'éloignent du moment de leur apparition, perdent leur forme première, et semblent se confondre avec des maladies d'un ordre tout-à-fait différent ; souvent alors, ce n'est que dans une exacerbation avec reproduction des premiers symptômes qu'on peut surprendre la nature véritable de l'inflammation ; quelquefois aussi, lorsqu'elles marchent vers la guérison, elles se dépouillent de ces formes accidentelles, et se présentent de nouveau avec leurs caractères premiers.

Ces aperçus généraux ne sont point applicables aux ordres que l'on a vus dans notre tableau ne pouvoir être rapportés aux lésions élémentaires indiquées. Ces maladies, se présentent avec des phénomènes tout-à-fait spéciaux, et qu'on ne saurait confondre ; ou bien encore, elles peuvent affecter les formes primitives des autres éruptions ; mais alors elles portent un cachet spécial (syphilides), qui, le plus souvent, ne peut laisser aucune espèce de doute sur leur nature.

Enfin, il ne faut point oublier que dans le diagnostic des maladies de la peau il n'y a rien à négliger; indépendamment des lésions positives, il y a une foule de phénomènes, tels que le siége de l'éruption, sa forme, sa coloration,

sa marche, l'état général du malade, qui constituent un certain ensemble qui frappe l'observateur habitué et attentif avant même qu'il ait eu le temps de recourir aux détails.

Nous avons donné ici un peu d'extension à ces *généralités*, parce que nous avons pensé que ces règles pourraient être d'une grande utilité, d'autant mieux qu'elles comportent en grande partie celles qui doivent diriger dans l'étude des maladies de la peau.

Du reste, bien convaincus de l'importance du diagnostic, nous avons eu soin, dans les descriptions particulières, de l'exposer avec le *plus de détails qu'il a été possible.*

Le traitement des maladies de la peau a dû se ressentir de l'obscurité dans laquelle elles étaient plongées ; on leur a appliqué en masse une seule et même médication, et elles ont été long-temps, elles sont encore quelquefois aujourd'hui combattues dans toutes les circonstances, sous quelques formes qu'elles se présentent, par une médication identique et banale, que l'on a fini par regarder presque comme un spécifique, les *amers* et les *sulfureux*. Cependant, depuis quelques années, la thérapeutique s'est enrichie d'une foule de moyens précieux ; mais ils sont restés long-temps inutiles, faute d'expériences exactes et de connaissances positives sur leurs effets, et sur les circonstances dans lesquelles ils étaient applica-

Le traitement des maladies de la peau est resté long-temps, comme elles, entouré d'une grande obscurité.

bles. Aussi M. Biett a-t-il rendu un service des plus importans en enrichissant la pathologie cutanée de ses nombreuses et importantes recherches. Il est le seul en France qui se soit livré à des expériences suivies sur tous les moyens que l'on peut aujourd'hui opposer à ces maladies, et qui soit arrivé aux plus utiles résultats. Aussi faut-il s'étonner que quelques uns d'entre eux aient été publiés sans que l'on ait seulement pris la peine d'en indiquer la source.

Pour envisager la thérapeutique des maladies de la peau d'une manière générale, nous en distrairons de suite ces inflammations essentielles et aiguës (la rougeole, la variole, etc.), qui ne réclament le plus souvent qu'un traitement antiphlogistique et des moyens appropriés aux altérations intérieures qui les compliquent, pour nous occuper de celles qui, le plus ordinairement chroniques, bien qu'elles puissent quelquefois se présenter aussi avec une certaine acuité, sont quelquefois très-rebelles.

Les maladies de la peau réclament une foule de moyens variés.

On aurait tort de penser que ces maladies réclament en général un plan de traitement identique : il est constant que certaines formes cèdent plus facilement à certains moyens, que telle médication est surtout appropriée à telle maladie. C'est ce que l'on a méconnu jusqu'à présent, et c'est aussi ce que nous avons tâché d'exposer avec le plus grand soin à la fin de chaque histoire particulière.

Le traitement des maladies de la peau est général ou local, ou, pour mieux dire, il se compose à la fois de moyens intérieurs et de médications directes, et c'est à tort, le plus souvent, qu'on voudrait le borner à l'une ou à l'autre, surtout à la dernière; car il est évident qu'une foule d'éruptions disparaissent sous l'influence de médicamens plus ou moins énergiques administrés à l'intérieur, tandis que, si l'on en excepte quelques maladies purement locales, telles que la *gâle*, etc., elles résistent à une médication tout extérieure. La théorie qu'on a voulu reproduire, et qui consisterait à n'opposer aux maladies de la peau que des médications directes, est fondée sur des conjectures qui décèlent une grande inexpérience, plutôt que sur des faits.

Parmi les moyens généraux, les uns, tels que les *évacuations sanguines*, peuvent être considérés comme accessoires; bien qu'elles soient très-utiles, tantôt chez les individus forts, pléthoriques, auxquels il est avantageux de faire une ou plusieurs saignées avant de commencer un traitement, tantôt pour combattre une exacerbation, soit encore avec la saignée, soit au moyen de quelques sangsues appliquées en dehors de l'éruption; ou bien encore pour s'opposer au développement d'une inflammation accidentelle.

Les autres (les *purgatifs* par exemple) sont

fort avantageux chez les individus dont les voies digestives sont dans l'état normal, en opérant une déviation lente et long-temps continuée; aussi est-il nécessaire, dans le plus grand nombre des cas, de les employer à petites doses et de les interrompre de temps en temps.

Quelques préparations semblent agir plus directement sur certains phénomènes particuliers; tels sont par exemple les *acides* et les *alcalins*, qui sont d'un si puissant secours pour calmer les démangeaisons.

Quelques autres semblent jouir de propriétés spéciales; telle est cette foule de médicamens parmi lesquels il faut ranger quelques *amers*, certains *sudorifiques*, quelques préparations *antimoniales et sulfureuses*, etc.

Enfin il est un dernier ordre de préparations, très-énergiques il est vrai, et qui exercent évidemment une action directe sur le système dermoïde; ce sont la *teinture de cantharides* et les *préparations arsenicales*. Bien qu'elles soient des moyens très-précieux dans la thérapeutique et la pathologie cutanée, bien qu'elles aient amené la guérison de maladies graves et rebelles qui avaient résisté des années entières, et qui faisaient le désespoir et du malade et du médecin, elles ont été depuis long-temps l'objet d'attaques plus ou moins sérieuses: on leur a reproché d'altérer sourdement l'économie, et de déter-

miner des lésions profondes, qui se manifesteraient au bout d'un certain temps avec les phénomènes les plus graves. Ces reproches, répétés de temps en temps, depuis plusieurs siècles, et toujours dans les mêmes termes, sont tout-à-fait dénués de fondement. Ces préparations sont, comme tous les moyens énergiques, capables de déterminer des accidens lorsqu'elles sont administrées imprudemment, d'une manière intempestive et à des doses mal calculées; mais on pourrait en dire autant d'une foule de médicamens introduits depuis long-temps dans la thérapeutique, du mercure, du sulfate de quinine et de l'*émétique*, *par* exemple. Pour nous qui les avons vu employer un grand nombre de fois, qui avons pu recueillir plus de cent faits analogues, nous pouvons affirmer que les résultats sont les suivans : 1° dans le plus grand nombre des cas la guérison complète des maladies les plus rebelles et les plus invétérées; 2° quelquefois de légers accidens dépendans d'une *irritation* gastro-intestinale, accidens qui disparaissaient au bout de quelques jours, et permettaient le plus souvent de reprendre l'usage interrompu de ces préparations; 3° jamais ces accidens graves que l'on s'est plu à proclamer avec une intention d'autant plus coupable qu'elle tend à priver la thérapeutique de moyens précieux, sans que cet éloignement soit le résultat d'aucun fait positif. Nous ajouterons

encore que plusieurs fois nous avons pu voir les mêmes malades se représenter à l'hôpital Saint-Louis, des mois, souvent même des années après, sans offrir le moindre phénomène de l'atteinte que cette médication aurait pu laisser dans leur économie.

Le traitement local consiste quelquefois à déterminer une excitation plus vive dans les parties affectées, à activer la résolution; et parmi les nombreuses pommades que l'on peut employer à cet effet, celles qui réussissent le mieux sont celles qui résultent de l'union de l'*iode* au *mercure* et quelquefois au *soufre*.

D'autres fois il est utile de modifier, de changer la vitalité de la peau, et dans ces cas les vésicatoires appliqués, à la méthode d'Ambroise Paré, sur les surfaces malades elles-mêmes, sont d'un puissant secours; les exutoires, au contraire, employés comme dérivatifs, sont au moins inutiles et le plus souvent nuisibles.

Enfin, il devient quelquefois urgent, ou de changer entièrement l'état des surfaces, ou de borner les ravages d'une maladie qui tend à la destruction, et, dans ce cas, on a recours avec avantage aux caustiques, parmi lesquels nous citerons en première ligne la *pâte arsenicale du frère Côme*, qui, appliquée sur de petites surfaces à la fois, n'occasione jamais d'accidens, et est souvent un moyen très-précieux; et le *nitrate*

acide de mercure dont les effets sont aussi prompts que souvent heureux.

Parmi les moyens locaux il y en a peu qui soient aussi constamment utiles, et suivis de résultats aussi avantageux que l'emploi des bains, et nous ne terminerons pas ces considérations sans appeler l'attention sur l'hôpital Saint-Louis, qui est un des plus beaux établissemens, un des plus complets de ce genre, où ils sont administrés avec un ordre et une précision remarquables, au nombre de plus de cent cinquante mille par an.

C'est aux soins de M. Biett qu'il doit toutes les perfections qu'il présente; et sans parler des bains liquides médicamenteux de toute espèce; sans parler des fumigations sèches et de toute nature, administrées dans les appareils ingénieux de M. Darcet; de ces fumigations locales dirigées seulement sur les surfaces malades, le visage, les parties génitales par exemples, d'après un procédé inventé encore par M. Biett; combien de services ne rendent pas ces douches et ces bains de vapeur humide auxquels sont reçus tous les jours une foule de malades!

Hommage soit donc rendu à cette administration bienfaisante et philanthrope, qui a voulu que ces secours si précieux fussent accordés à tous les pauvres qui viennent les réclamer au dispensaire de l'hôpital, sans qu'ils eussent besoin d'être admis dans l'intérieur; qui en fon-

dant un établissement dans lequel on secourt chaque année une moyenne de vingt-cinq mille malades, a acquis des titres inaltérables à la reconnaissance publique.

DES MALADIES
DE LA PEAU.

EXANTHÈMES (1).

(Exanthèmes. — *Exanthemata.*)

M. Biett désigne avec Willan, sous le non d'exanthèmes, des inflammations aiguës de la peau, caractérisées par une rougeur plus ou moins vive, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt, et accompagnées le plus ordinairement de symptômes généraux.

Avec ces caractères se présentent l'érythème, l'érysipèle, la roséole, la rougeole, la scarlatine et l'urticaire.

Symptômes. Tous les points de la surface de la peau peuvent en être affectés, mais quelques exanthèmes se développent le plus souvent sur tout le corps à la fois, tandis que d'autres sont bornés à une région plus ou moins étendue. Quant au siége spécial, il paraît résider dans les couches les plus superficielles du derme; quelquefois toute l'épaisseur de cette membrane participe plus ou moins à l'inflammation.

La marche des exanthèmes est le plus souvent aiguë et continue, à l'exception toutefois de quelques cas d'urticaire, d'érythème, et même d'érysipèle chroniques ou intermittens. Leur durée varie de un à trois septénaires.

(1) Voyez la planche (n° 1.).

L'urticaire seule peut se prolonger des mois entiers et même des années.

Des frissons irréguliers, des lassitudes spontanées, une fièvre plus ou moins intense, de la soif, de l'anorexie, sont des prodromes communs. Mais chaque exanthème se présente avec des symptômes qui lui sont propres. Ainsi, la rougeur est tantôt diffuse, tantôt plus ou moins circonscrite, ce qui fait que les taches quelquefois irrégulières, affectent dans certains cas des formes tout-à-fait distinctes. La rougeur, la chaleur, la tuméfaction, la douleur, accompagnent surtout l'érysipèle; l'urticaire est remarquable par de vives démangeaisons. Enfin, la marche des exanthèmes est souvent compliquée de l'inflammation de quelques organes intérieurs, et surtout du cerveau et des membranes muqueuses, pulmonaire et gastro-intestinale. L'issue funeste de ces maladies dépend presque toujours de ces complications.

La résolution, la desquammation sont les terminaisons les plus fréquentes de ces affections, qui peuvent aussi se terminer par délitescence, et même entraîner la mort; la suppuration et la gangrène sont quelquefois les suites de l'érysipèle.

Nécropsie. L'examen des cadavres des individus qui ont succombé à la suite des inflammations exanthématiques donne souvent des résultats peu satisfaisans : une congestion sanguine plus ou moins prononcée dans les divers organes, est la lésion que l'on rencontre le plus fréquemment; quelquefois on trouve des traces évidentes d'inflammation.

Causes. La rougeole et la scarlatine se développent sous l'influence d'un principe contagieux, dont la nature est entièrement inconnue, et qui, sauf quelques exceptions rares, n'exerce qu'une seule fois dans la vie son ac-

tion sur le même individu. La cause des autres exanthèmes peut être directe ; mais ils dépendent, en général, d'une disposition particulière de l'économie, fort difficile à apprécier. Sans préjuger en rien de leur influence réciproque, il est constant qu'ils coïncident souvent avec des phlegmasies des organes intérieurs. L'érythème s'est montré à Paris, en 1829, sous la forme épidémique.

Diagnostic. Le caractère distinctif assigné aux exanthèmes empêchera de confondre ces inflammations avec aucune autre affection cutanée ; ce caractère seul les distinguera toujours du pourpre et des ecchymoses, qui ne *laissent jamais disparaître leur coloration sous la pression du doigt.* Cette teinte rouge, qui caractérise les exanthèmes, n'existe pas chez le nègre ; dans ce cas, au contraire, la teinte noire est plus prononcée.

Diverses éruptions papuleuses, vésiculeuses ou bulleuses, etc., peuvent compliquer les inflammations exanthématiques, et c'est la fréquence d'une de ces complications dans l'érysipèle, qui avait engagé Willan à classer cet exanthème parmi les bulles.

Prognostic. Le prognostic varie suivant le siége et l'étendue de l'inflammation, suivant l'âge et la constitution du malade, et surtout suivant la gravité des affections concomitantes.

Traitement. Le traitement des exanthèmes doit être antiphlogistique : la diète, les boissons délayantes, une température modérée suffisent dans la plupart des cas. Les symptômes sont-ils très-violens, des organes importans menacent-ils de s'enflammer, on n'hésitera pas à avoir recours aux émissions sanguines, soit générales, soit locales, en mesurant toutefois leur emploi à l'état du malade et à la nature particulière de l'inflammation exanthématique.

La convalescence de quelques exanthèmes, souvent très-longue, peut être traversée d'une foule de maladies, parmi lesquelles nous citerons en première ligne la coqueluche, l'anasarque, des diarrhées chroniques, etc., etc. Aussi devra-t-on dans ces cas continuer les soins hygiéniques long-temps encore après la disparition de la phlegmasie cutanée.

ÉRYTHÈME (1).

(Érythema. — Ερυθημα.)

L'érythème est un exanthème non contagieux, caractérisé par des rougeurs légères, superficielles, irrégulièrement circonscrites, de forme et d'étendue variables.

Toutes les parties du corps peuvent en être le siége, mais on l'observe surtout à la face, à la poitrine et sur les membres; ordinairement borné à une de ces régions, il peut s'étendre à plusieurs, et même, dans quelques cas, affecter à la fois presque toute la surface du corps.

L'érythème suit le plus souvent une marche aiguë, et sa durée varie de un à deux septénaires. Dans quelques cas rares, il est intermittent; quand il accompagne une fièvre qui affecte ce type, ou lorsqu'il survient dans les paroxysmes d'une fièvre grave : alors sa durée est le plus ordinairement relative à celle des maladies avec lesquelles il se développe.

Symptômes. Sans être précédé le plus ordinairement d'aucuns symptômes généraux, l'érythème se manifeste par des taches plus ou moins étendues, dont la rougeur, peu vive et superficielle, diffère de la teinte foncée et plus profonde de l'érysipèle. Cette rougeur disparaît sous la

(1) Voyez la planche (n° 1. A.).

pression du doigt pour reparaître aussitôt. La forme des taches, le plus souvent irrégulière, est quelquefois tout-à-fait distincte. La chaleur et la douleur, en général peu vives, sont parfois à peine sensibles. Enfin ces taches, presque toujours sans aucune tuméfaction, sont quelquefois, au contraire, accompagnées d'un gonflement, soit indolent, soit douloureux, mais toujours plus ou moins circonscrit, qui donne à l'éruption un aspect particulier, et constitue deux variétés différentes.

L'une de ces variétés (*eryt. papulatum*, Willan) affecte principalement les femmes et les jeunes gens : on l'observe surtout au col, à la poitrine, sur les bras, à la partie postérieure de l'avant-bras, et sur le dos de la main. Les plaques sont peu étendues, irrégulièrement arrondies, dépassant rarement la largeur d'un centime; elles sont légèrement saillantes et comme papuleuses. Rouges au début, elles prennent bientôt une teinte violacée, surtout au centre. Dans l'espace de 36 à 48 heures, la tuméfaction diminue; il ne reste plus que la teinte qui se trouve de niveau avec les surfaces environnantes, et qui disparaît dans un ou deux septénaires. D'autres fois, au contraire, la tuméfaction persiste, et les plaques paraissent plus saillantes (*erythema tuberculatum*, Willan).

Une autre variété (*eryt. nodosum*, Willan) est assez fréquente. On l'observe chez les enfans, les femmes, et les jeunes gens d'une constitution molle et d'un tempérament lymphatique. Elle peut se développer dans les différentes régions du corps; mais elle occupe en général le menton, les bras, et la partie antérieure de la jambe. Dans la plupart des cas, un état de malaise général, de l'abattement, un peu de fièvre, précèdent de quelques jours ou accompagnent l'apparition de l'exanthème. Celui-ci se présente sous la forme de taches rouges, ovales, un peu élevées

vers le centre, et dont l'étendue varie de quelques lignes à près d'un pouce de diamètre. En passant la main sur ces plaques, on sent qu'elles sont un peu élevées au dessus du niveau de la peau, et qu'elles forment de véritables nodosités; la tuméfaction augmente lentement, et, quelques jours après leur première apparition, on trouve de petites tumeurs rouges, douloureuses, qui semblent tendre à la suppuration; mais bientôt leur volume diminue, une teinte bleuâtre remplace la rougeur primitive; elles se ramollissent, et disparaissent peu à peu dans l'espace de dix à douze jours.

Causes. L'érythème peut être idiopathique; il peut être symptomatique.

L'érythème idiopathique résulte de l'action plus ou moins directe sur la surface de la peau, de diverses causes extérieures. Ainsi il est produit par le frottement répété de deux surfaces contiguës du corps, surtout chez les enfans et chez les personnes plus ou moins chargées d'embonpoint. On l'observe alors au dessous des mamelles, aux aisselles, aux aines, à la partie supérieure des cuisses (*intertrigo*, Sauvages). Dans les mêmes circonstances, il survient aussi aux fesses et à la partie interne des cuisses, à la suite d'une marche ou d'une équitation forcée.

L'érythème peut encore être produit par l'action du soleil et du froid, le contact des flueurs blanches, des flux gonorrhoïques et dysenteriques, des urines et des matières fécales. Il survient quelquefois à la lèvre supérieure, déterminé par le contact du fluide âcre qui s'écoule des narines dans le coryza.

L'érythème est souvent symptomatique d'une affection gastro-intestinale, aiguë, ou chronique; et on l'observe surtout alors pendant les paroxysmes. On le voit souvent se développer chez les enfans à l'époque de la dentition.

Il se manifeste chez les individus pléthoriques et chez les femmes à l'époque critique. Il survient souvent à la suite de l'ingestion de substances irritantes, et on l'observe quelquefois après l'administration du baume de copahu.

L'érythème idiopathique se termine ordinairement d'une manière prompte, par résolution, dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours au plus. Quelquefois il se fait une légère desquammation; dans quelques cas, enfin, il s'établit sur la surface de la partie malade (dans l'*intertrigo*) un suintement séro-purulent, d'une odeur fade et désagréable.

L'érythème symptomatique des affections aiguës quelquefois disparaît promptement sans desquammation sensible, lors de la cessation des paroxysmes (*erythema fugax*). Il en est de même de celui que l'on observe dans quelques cas de fièvre intermittente : d'autres fois il ne se termine que dans l'espace de sept à huit jours, par une légère desquammation.

L'érythème peut exister avec l'anasarque des membres inférieurs. Alors la surface est unie et luisante, et l'on aperçoit çà et là des taches confluentes (*erythema læve*).

Il précède et accompagne une foule d'éruptions, et, dans ces cas, il rentre tout-à-fait dans leurs descriptions particulières.

Diagnostic. Non-seulement les autres exanthèmes, mais encore des éruptions d'un ordre différent, pourraient être confondues avec l'érythème. De toutes ces affections, celles qui présentent, surtout dans quelques cas, le plus de difficulté dans le diagnostic, sont les suivantes :

L'*Erysipèle*. L'érythème, que plusieurs auteurs ont même considéré comme un degré de cette maladie, en diffère cependant par plusieurs points bien distincts. Il ne pourrait d'ailleurs en imposer que dans les cas où il oc-

cuperait des surfaces un peu étendues; car les taches plus ou moins circonscrites des autres variétés de l'érythème ne sauraient permettre le moindre doute. Alors même la rougeur toujours superficielle, l'absence de la tuméfaction, l'absence de la douleur qui est constante, brûlante et âcre dans l'érysipèle, la marche bénigne de la maladie, et la terminaison le plus souvent prompte et toujours heureuse, sont autant de caractères qui le distinguent parfaitement.

Roséole. Dans la roséole, la rougeur est superficielle comme dans l'érythème, mais elle diffère par une teinte d'un rose plus ou moins foncé et très-caractéristique. L'*erythema nodosum*, qui seul pourrait peut-être être confondu avec les taches irrégulièrement circulaires de la roséole, en diffère par la rougeur, qui n'est jamais aussi bien circonscrite, et par la tuméfaction qui l'accompagne.

Rougeole et *scarlatine*. La rougeole et la scarlatine diffèrent de l'érythème, l'une par la forme irrégulièrement semi-lunaire de ses taches, et l'autre par la couleur framboisée des larges plaques qui la caractérisent; d'ailleurs ces deux maladies sont contagieuses, et elles sont accompagnées d'un appareil de symptômes qui leur est propre.

Urticaire. L'*erythema papulatum* pourra seul être confondu avec l'urticaire. Mais celle-ci en diffère par l'élévation plus grande de ses plaques, par l'absence de la teinte violacée que l'on observe dans l'érythème papuleux, par les démangeaisons qui l'accompagnent, et par sa marche irrégulière et souvent fugace.

Lichen urticatus. Cette même variété de l'érythème peut être prise pour un lichen *urticatus;* mais, dans ce dernier, les papules sont moins larges, plus arrondies, plus solides; leur couleur est bien moins foncée, et comme dans l'urticaire, il y a toujours un prurit souvent très-intense.

Taches syphilitiques. Ces tâches peuvent, au premier coup d'œil, offrir quelque ressemblance avec l'érythème; mais leur durée, leur teinte cuivrée ou grisâtre suffiront toujours pour les différencier; souvent d'ailleurs elles sont accompagnées d'autres symptômes vénériens.

Prognostic. Le prognostic de l'érythème n'est jamais grave.

Traitement. L'érythème idiopathique disparaît promptement par l'éloignement des causes qui l'ont développé: des lotions adoucissantes, des bains tièdes et des soins de propreté constituent tout le traitement. Quand il dépend du frottement répété de deux surfaces, soit chez les enfans, soit chez les personnes replètes, il faut saupoudrer avec une substance absorbante, la poudre de lycopode, par exemple, et empêcher le frottement autant que possible.

Le traitement de l'érythème symptomatique dépend de la maladie qu'il accompagne: en combattant la gastro-entérite, dont il peut être un des symptômes, on remplit l'indication.

Les érythèmes, ou rougeurs morbides qui apparaissent souvent chez les femmes à l'époque critique, ou qui coïncident avec un retard ou une suppression du flux menstruel, réclament l'emploi des émissions sanguines, des délayans, du régime et des moyens applicables à un état pléthorique.

L'*erythema nodosum* ne réclame en général aucun moyen particulier, quoiqu'il soit la variété la plus grave; les topiques sont tout-à-fait inutiles; quelques bains, de légers laxatifs, et, dans quelques cas rares, de légères émissions sanguines, constituent tout le traitement.

M. Biett a décrit une autre variété bien remarquable, à laquelle il a donné le nom d'*érythème centri-*

fuge, et qui ne s'est présentée que très-rarement à son observation. Nous l'avons vue deux ou trois fois au Dispensaire de l'hôpital Saint-Louis.

Cet érythème, qui jusqu'alors s'est présenté surtout chez des jeunes gens, et principalement chez des femmes, jouissant d'ailleurs d'une belle santé, paraît avoir pour siége spécial le visage. Il commence par un point papuleux, qui prend un accroissement excentrique, quelquefois assez considérable pour envahir une grande partie de la face. Le plus ordinairement il se manifeste sous la forme de plaques bien arrondies, de la largeur d'une pièce de trente sous, rouges, légèrement élevées. Les bords sont très-saillans, et le centre est sain et déprimé; la rougeur et la chaleur sont très-vives. Cet érythème laisse habituellement une dépression sur le derme.

Les causes de cette variété sont encore peu connues; elle a paru coïncider plusieurs fois avec une dysménorrhée. M. Biett s'est borné jusqu'alors à un traitement simple et antiphlogistique.

Érythème épidémique. Pendant les années 1828, 1829, il a régné à Paris, une affection épidémique (Acrodynie), qui présentait comme un des symptômes les plus saillans, un érythème, plus particulièrement fixé aux pieds et aux mains, et le plus ordinairement accompagné d'un épaississement et d'une exfoliation de l'épiderme. Soit que la plupart des individus qui se sont présentés à l'hôpital Saint-Louis y aient été dirigés plus spécialement, à cause de l'inflammation érythémateuse, soit que réellement ce symptôme ait été un des plus constans dans l'épidémie, il est certain que presque tous ceux que M. Biett a traités dans ses salles, et que nous avons observés, comme ceux que nous avons vus en ville, présentaient surtout cet éry-

thème, qui d'ailleurs a été noté parmi les phénomènes les plus saillans, par tous les auteurs qui ont décrit cette affection épidémique.

Après avoir éprouvé, plus ou moins long-temps, souvent un mois et plus, du malaise, de la céphalalgie, des envies de vomir, des douleurs contusives dans les membres, et le plus ordinairement un dévoiement opiniâtre, les malades ressentaient dans les mains et surtout à la plante des pieds, des engourdissemens, des fourmillemens, et des élancemens, qui, dans le plus grand nombre de cas, augmentaient la nuit. Ces derniers phénomènes étaient presque toujours accompagnés d'une perversion ou d'une diminution dans la sensibilité des parties affectées. Souvent la moindre pression, le moindre contact étaient excessivement douloureux; d'autres fois au contraire la sensibilité était tellement obtuse, que quelques malades perdaient leurs chaussures sans s'en apercevoir, et que le carreau leur semblait mou, comme si leurs pieds eussent été garnis de coton. Quelquefois le tact était presque entièrement aboli; d'autres fois les malades ne pouvaient palper les corps les plus polis, sans que ceux-ci ne leur parussent parsemés d'aspérités. Cet état qui allait quelquefois jusqu'à la contracture, la paralysie, l'amaigrissement du membre, existait quelquefois sans inflammation de la peau, mais le plus souvent il précédait, et surtout il accompagnait un érythème, qui se présentait dans la plupart des cas avec les symptômes suivans: Les mains offraient à la face palmaire une rougeur cramoisie, *disparaissant sous la pression du doigt*. Quelques points étaient couverts d'une enveloppe dure, jaunâtre, très-épaisse. D'autres surfaces, dépouillées, semblaient comme déprimées, et étaient beaucoup plus sensibles. Une auréole inflammatoire, de la largeur d'un demi-pouce en-

viron, couvrait les bords radial et cubital. Souvent sur le dos de la main, et notamment au niveau de chaque articulation, on apercevait des points érythémateux, d'un rouge très-foncé. Les pieds offraient une apparence analogue. Seulement, la face plantaire était le plus ordinairement entièrement recouverte d'une enveloppe plus dure, plus épaisse, surtout aux orteils et au talon. Cette enveloppe cessait brusquement à l'un et à l'autre bord, là où la peau change de structure, pour recouvrir le dos du pied, et était exactement circonscrite en cet endroit, par une zone, souvent assez large, de plaques érythémateuses, bien prononcées. La face dorsale, dans la plupart des cas, ne présentait aucune trace d'inflammation. Quelquefois on retrouvait en même temps des surfaces érythémateuses sur d'autres régions, et notamment aux bourses, aux cuisses, aux aisselles, mais sans production d'épiderme épaissi.

Enfin, chez quelques malades, la peau présentait une teinte noire (*pytiriasis nigra*) très-remarquable, et chez d'autres elle se recouvrait d'éruptions de nature diverse. Cette affection avait lieu le plus souvent sans fièvre, sans trouble dans les voies digestives. Mais dans quelques cas, celles-ci étaient visiblement altérées. Enfin chez plusieurs malades on a observé des ophthalmies rebelles, l'œdème de la face et des extrémités, etc.

L'*érithème épidémique* ne présentait rien de fixe, ni dans sa marche ni dans sa durée. Se manifestant souvent dans la première période, mais quelquefois plus tard; d'autres fois, il persistait plusieurs mois, en diminuant d'une manière sensible; souvent il a disparu après quelques semaines.

Cette maladie, dont la cause est restée inconnue, a régné épidémiquement. Elle attaquait tous les âges, mais plus spécialement l'âge viril et la vieillesse; les deux sexes,

mais les hommes plus particulièrement que les femmes. On l'a observée plutôt dans la classe pauvre que chez les gens riches.

Quelques évacuations sanguines, et notamment des applications de sangsues aux bords des pieds et des mains; des bains simples, des bains alcalins, des bains de vapeur, le repos et un régime modéré, tels sont les moyens, à l'aide desquels on a combattu plus avantageusement l'érythème épidémique.

ÉRYSIPÈLE.

(*Erysipelas.*)

L'érysipèle est un exanthème non *contagieux*, caractérisé par *une teinte rouge foncée* de la peau, avec chaleur et tuméfaction de cette membrane, et souvent du tissu cellulaire sous-cutané, occupant toujours une surface plus ou moins étendue, et pouvant, dans quelques cas très-rares, devenir général.

Bien qu'il puisse affecter toutes les parties du corps, la face et les membres en sont le plus fréquemment le siége.

Symptômes. — Dans l'érysipèle, tantôt l'inflammation de la peau est bornée à cette enveloppe, ou seulement accompagnée d'une légère phlegmasie du tissu cellulaire sous-cutané; tantôt ce tissu s'enflamme à une profondeur variable et donne lieu à des accidens plus ou moins graves.

D'après ces considérations, nous distinguerons l'érysipèle en deux variétés: l'érysipèle vrai, et l'érysipèle phlegmoneux. On observe ces deux variétés simultanément dans une foule de cas; mais comme il existe entre elles des différences notables, tant sous le point de vue

de la marche que par rapport au traitement, il nous a semblé nécessaire de donner de chacune d'elles une description succincte.

Des lassitudes spontanées, un abattement général, des frissons passagers, mais quelquefois intenses, la dureté et la fréquence du pouls, des nausées, des douleurs épigastriques, de la soif, de l'anorexie. de la constipation, sont des symptômes précurseurs, communs à ces deux variétés. C'est vers le deuxième ou troisième jour de ce mouvement fébrile, que l'érysipèle se développe; quelquefois il se montre beaucoup plus tôt.

L'érysipèle vrai, celui dans lequel l'inflammation ne s'étend guères au delà de la peau, se présente en général avec les caractères suivans: une vive rougeur se développe dans une étendue plus ou moins grande, et il est facile de voir, par l'élévation des bords, que la surface, ainsi enflammée, est en même temps tuméfiée: cette rougeur disparaît momentanément sous la pression du doigt, pression qui est en général très-douloureuse; il existe en même temps une douleur plus ou moins vive, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre et brûlante; le pouls est accéléré, il y a des nausées, de la soif; la bouche est amère, et un enduit blanchâtre couvre la langue. L'épiderme qui recouvre la peau enflammée peut être soulevé dans une plus ou moins grande étendue par une sérosité jaunâtre, et ces bulles peuvent acquérir un volume considérable. Elles paraissent ordinairement vers le troisième ou quatrième jour; tantôt elles s'ouvrent le lendemain de leur apparition, tantôt plus tard; et épanchent au dehors un fluide visqueux, qui souvent concourt à former de es croûtes.

Les symptômes généraux suivent ordinairement les progrès de l'exanthème, ils augmentent et décroissent

dans la même proportion; quelquefois, au contraire, ils sont peu prononcés, malgré l'étendue de l'érysipèle, et *vice versâ*.

Vers le cinquième ou sixième jour, la rougeur diminue et prend une teinte jaunâtre: la tuméfaction est moindre, et l'épiderme se couvre d'une foule de petites rides; peu à peu la coloration morbide disparaît, et il s'établit une desquammation dans les parties qui en étaient le siége. Cette terminaison est la plus fréquente et la plus favorable; mais lorsqu'il existe un certain nombre de bulles, la peau se recouvre de petites croûtes brunâtres qui persistent quelquefois assez long-temps.

Au lieu de parcourir ses périodes sur la région où il s'est développé, l'érysipèle peut envahir de proche en proche différentes parties du corps, à mesure qu'il disparaît dans celle qui était primitivement affectée. D'autres fois il se propage sur une surface plus ou moins étendue, sans disparaître du point qui en était le siége primitif, et peut ainsi, mais très-rarement, couvrir simultanément toute la surface du corps. M. Renauldin a cité un exemple d'érysipèle *général* chez une femme de cinquante ans, qui cependant fut promptement guérie.

Dans certains cas, il se déplace rapidement pour se porter dans une partie plus ou moins éloignée, sans laisser d'autres traces qu'une légère desquammation (*érysipèle ambulant*).

Chez les individus d'une constitution molle et lymphatique, l'érysipèle peut être accompagné d'œdème, surtout quand il occupe les membres inférieurs; dans ce cas, la rougeur, moins vive, est quelquefois à peine prononcée; la peau, unie et brillante, conserve pendant quelque temps l'impression du doigt (*érésypèle œdémateux*). La

terminaison de l'érysipèle, ainsi accompagné d'œdème, est heureuse, et ne doit causer aucune inquiétude ; mais il n'en est pas de même quand cette inflammation est consécutive à l'œdème, comme on l'observe chez les individus affectés d'anasarque, et surtout à la suite de scarifications pratiquées dans le but de donner isssue à la sérosité ; car alors la terminaison par gangrène est fort à craindre ; elle s'annonce par la teinte livide que prend la peau enflammée ; l'épiderme soulevé forme de larges phlyctènes irrégulières, remplies d'une sérosité brunâtre, et la mort ne tarde pas à survenir chez ces individus déjà épuisés par une maladie antérieure. C'est surtout aux parties génitales et aux membres inférieurs que l'érysipèle se montre ainsi à la suite de l'anasarque.

L'*érysipèle phlegmoneux*, celui qui est accompagné d'une inflammation des couches plus ou moins profondes du tissu cellulaire, peut se développer sur toutes les parties du corps ; mais on l'observe particulièrement aux membres ; tantôt il est borné à une seule région, d'autres fois il envahit d'emblée tout un membre.

Dans cette variété les symptômes sont toujours plus intenses que dans l'érysipèle vrai, mais ils diffèrent suivant l'étendue, la profondeur de l'inflammation et la structure anatomique des parties affectées.

Lorsque le tissu cellulaire n'est pas très-profondément enflammé, l'érysipèle est accompagné d'une douleur très-vive, brûlante, d'une tuméfaction bien prononcée ; il y a beaucoup de fièvre. La pression est très-douloureuse, et la peau reprend lentement sa couleur morbide.

La terminaison par résolution peut avoir lieu vers le cinquième ou sixième jour ; mais en général la douleur devient pulsative, la rougeur diminue, et il se forme un ou plusieurs foyers de suppuration, dont l'ouverture

donne issue à un pus louable, quelquefois mêlé de petits lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

Lorsque le tissu cellulaire est plus profondément affecté, ou que l'érysipèle phlegmoneux occupe tout un membre, la maladie débute quelquefois avec une grande promptitude, et en général le tissu cellulaire paraît être enflammé en même temps que la peau, quelquefois même avant. Ici les douleurs sont profondes, le moindre mouvement du membre fait jeter les hauts cris au malade, la peau est rouge, très-tendue, douloureuse à la moindre pression; le pouls est fréquent, dur, concentré; il y a souvent délire, soif vive, sécheresse de la langue, sueurs abondantes. — La terminaison, à moins d'un traitement très-énergique, n'a presque jamais lieu par résolution; la *suppuration* qui arrive du cinquième au septième jour, quelquefois plus tôt, est accompagnée de frissons vagues: la rougeur de la peau diminue ainsi que la douleur; mais la tuméfaction augmente; il y a beaucoup d'empâtement, et le membre reste dans cet état pendant un temps variable; quelquefois le pus séjourne très-long-temps sans qu'il se fasse spontanément aucune ouverture à la peau, mais le plus souvent, soit que cette ouverture ait eu lieu naturellement, soit qu'elle ait été pratiquée par l'art, il s'écoule au dehors, mêlé de lambeaux souvent fort étendus de tissu cellulaire gangréné. — Dans ces cas, la durée de la maladie est ordinairement longue; il survient des clapiers, des décollemens de la peau, plus ou moins étendus et souvent des diarrhées colliquatives qui font périr les malades, épuisés par une fièvre lente et une suppuration abondante.

Les symptômes de l'érysipèle phlegmoneux peuvent être encore plus intenses, surtout lorsque des aponévroses en s'opposant au gonflement, produisent de véritables

étranglemens, comme on l'observe particulièrement aux pieds et aux mains. Alors les symptômes généraux sont très-violens : il se forme dès le second ou troisième jour des taches violacées à la surface de l'érysipèle ; la peau perd sa sensibilité ; elle se couvre de phlyctènes sur ces taches, qui s'étendent rapidement ; il survient des escarres ordinairement peu étendues, surtout lorsqu'un traitement convenable a été mis en usage : elles se détachent peu à peu, et la guérison a lieu après une suppuration abondante plus ou moins longue. Mais lorsque l'érysipèle occupe une grande étendue, et que cette terminaison fâcheuse arrive, l'économie ne tarde pas à en ressentir les effets : il on observe des symptômes d'irritation gastro-intestinale grave, caractérisée par la prostration des forces, la séoheresse de la langue, une diarrhée intense, une grande fréquence du pouls, etc. Il s'y joint quelquefois un délire taciturne, des rêvasseries, de l'assoupissement, une altération profonde des traits de la face, signes précurseurs de la mort.

Suivant la région qu'il occupe, l'érysipèle offre quelques modifications qui méritent d'être signalées.

L'érysipèle de la face est de tous le plus fréquent : il commence en général au nez, à l'une ou l'autre joue, aux paupières, s'étend bientôt de proche en proche, et envahit toute la face ; les traits deviennent promptement méconnaissables ; la tuméfaction des paupières est souvent extrême. Il y a en même temps des symptômes généraux plus ou moins intenses, tels que fréquence du pouls, chaleur à la peau, céphalalgie violente, insomnie, rêvasseries et léger délire pendant la nuit. Ces symptômes généraux sont parfois très-prononcés ; mais dans quelques cas ils existent à peine. L'exanthème atteint en général son apogée le quatrième ou cinquième jour, et la résolution est bien marquée le huitième.

L'érysipèle du cuir chevelu succède souvent à celui de la face. Dans d'autres cas, il se développe à la suite de piqûres, de contusions, de petites opérations, etc. Il est remarquable par la tuméfaction œdémateuse et la grande sensibilité de la peau enflammée ; la rougeur y est peu vive ; souvent on n'y trouve qu'une légère teinte rosée. La terminaison par suppuration est très-fréquente dans cette variété, et le tissu cellulaire sous-cutané est souvent frappé de gangrène ; mais la mortification du cuir chevelu lui-même arrive très-rarement, à cause de la disposition anatomique de ses vaisseaux, qui, comme le remarque M. Dupuytren, rampent par grosses divisions à sa surface interne. Les symptômes cérébraux surviennent plus fréquemment, et ils sont plus à craindre dans cette variété que dans les autres.

L'érysipèle des mamelles présente souvent, chez les femmes, tous les caractères de l'érysipèle phlegmoneux. Il peut se montrer chez celles qui sont nouvellement accouchées, et dont les seins sont très-volumineux, avec des caractères particuliers : il survient d'abord une vive douleur, mais sans tuméfaction ; la peau offre seulement une teinte rosée autour du mamelon ; la rougeur s'étend irrégulièrement au dehors, et de petites phlyctènes, comme herpétiques, en circonscrivent l'étendue ; mais à mesure qu'elle gagne ainsi de proche en proche, la peau qui était primitivement affectée devient d'un blanc jaunâtre ; elle perd sa sensibilité, et quand, au bout de deux à trois jours, l'érysipèle se borne, on trouve alors cette membrane frappée de mort dans tout l'espace qui sépare l'auréole du mamelon du point où l'érysipèle s'est arrêté. La peau, ainsi gangrenée, ne répand aucune odeur ; mais elle se détache peu à peu par la suppuration, et alors il s'en exhale une odeur très-fétide. Une large surface ulcérée

se trouve à découvert, et la cicatrisation est très-lente à s'établir. Les deux seins peuvent être affectés de la même maladie ; mais quelle que soit l'étendue de la gangrène, les mamelons, ainsi que l'auréole qui les entoure, restent entièrement intacts.

On observe souvent l'*érysipèle de la région ombilicale* chez les nouveau-nés, dans les hôpitaux et dans les maisons d'enfans trouvés. On l'attribue à des tractions inconsidérées faites sur le cordon, et surtout à l'influence de l'air corrompu que les enfans respirent dans ces établissemens ; il s'étend quelquefois à l'hypogastre et aux parties génitales qui peuvent tomber en gangrène ; la mort en est alors le résultat presque inévitable.

L'*érysipèle des membres* est quelquefois peu étendu ; d'autres fois tout un membre est envahi, et, dans ces cas, la terminaison a souvent lieu par suppuration dans un point circonscrit, tandis que la résolution s'établit partout ailleurs.

Les complications les plus redoutables de l'érysipèle sont, sans contredit, les inflammations cérébrales et gastro-intestinales, qui peuvent se développer avec une intensité extrême, et faire périr promptement le malade. Ordinairement, dans ces cas, l'érysipèle disparaît brusquement en même temps que les symptômes de la maladie se prononcent ; mais, dans quelques cas, il persiste. Le gonflement des parotides est une complication assez fréquente de l'érysipèle de la face.

La résolution, la délitescence, la suppuration, la gangrène et la mort sont les terminaisons de l'érysipèle : la première est heureusement la plus commune ; assez souvent elle est précédée d'une épistaxis, au moins pour les érysipèles de la face.

Nécropsie. Dans les cas d'érysipèle grave, on trouve

non-seulement des traces d'inflammation à la peau, mais aussi le tissu cellulaire sous-cutané est très-friable, infiltré de pus, qui souvent est rassemblé en foyers.

Dans quelques circonstances, surtout quand la mort est survenue très-promptement à la suite de méningo-encéphalite intense, on ne trouve aucune lésion pathologique appréciable.

Dans d'autres cas, enfin, on rencontre des lésions, soit des poumons, soit des voies digestives, dont on n'avait pas soupçonné l'existence.

Causes. L'érysipèle peut attaquer tous les âges, les deux sexes, se développer dans toutes les saisons; mais il affecte le plus souvent les femmes et les individus dont la peau est fine et très-impressionnable : on l'observe surtout au printemps et dans l'automne. Quelquefois, dans certaines saisons, et à certaines époques, il semble régner épidémiquement, et notamment dans les hôpitaux.

Certaines causes extérieures peuvent, en agissant d'une manière plus ou moins directe sur la peau, occasioner son développement. Telles sont l'insolation, l'action du froid, les topiques irritans, les piqûres, une plaie contuse, une légère opération, etc. Mais souvent même, dans ces cas, il paraît lié à quelque disposition inconnue de l'économie.

Quelques causes exercent encore une influence plus ou moins marquée sur l'apparition de l'érysipèle : ce sont l'usage habituel d'alimens grossiers, de viandes putréfiées, d'assaisonnemens trop épicés, de liqueurs fermentées, les excès de table, les veilles, etc., etc. L'érysipèle, dans quelques cas, très-rares d'ailleurs, s'est montré sous la forme *intermittente*; il se manifeste quelquefois d'une manière *périodique*. Hoffmann a signalé son retour dans l'aménorrhée, aux époques auxquelles les règles devaient

avoir lieu. Il revient quelquefois, chez le même individu, à des époques plus ou moins rapprochées.

L'érysipèle survient fréquemment lors de l'établissement de la menstruation, à l'époque critique, et lors de la suppression de quelque évacuation habituelle. Son apparition est souvent décidée par des affections vives de l'âme, des chagrins profonds, de violens accès de colère; il accompagne quelquefois, surtout chez les vieillards, un embarras gastrique. Mais on l'observe plus souvent chez des individus affectés d'irritation chronique des voies digestives, chez ceux qui séjournent long-temps dans des prisons, dans des hôpitaux, et dans les lieux où l'air acquiert des propriétés malfaisantes. Enfin il se montre très-fréquemment dans le cours des affections gastro-intestinales aiguës, ou bien dans les inflammations d'autres organes, et si le plus souvent son apparition augmente le danger, il est des cas où elle paraît critique et salutaire.

Diagnostic. L'érysipèle se présente avec des caractères trop tranchés pour que l'on éprouve jamais de la difficulté pour son diagnostic. Un examen minutieux est quelquefois nécessaire pour reconnaître l'érysipèle du cuir chevelu, surtout quand il coïncide avec une maladie dont les symptômes attirent à eux toute l'attention.

Prognostic. L'érysipèle simple, peu étendu, est une maladie qui n'est accompagnée d'aucun danger, mais il n'en est pas de même de celui qui recouvre une large surface, ou qui est compliqué d'inflammation du cerveau ou des voies digestives. L'érysipèle ambulant, surtout lorsqu'il persiste pendant un certain temps, indique un état de l'économie qui doit faire naître beaucoup de craintes.

Le prognostic de l'érysipèle qui se développe chez des personnes affectées d'anasarque comme celui qui survient

chez des individus qui séjournent long-temps dans les hôpitaux, les prisons, etc., est ordinairement grave.

L'érysipèle qui se déclare dans le cours d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une gastrite, etc., est plus ou moins fâcheux, suivant la nature des symptômes généraux.

La disparition subite et spontanée de cet exanthème, précédée ou suivie de symptômes graves, indiquant une inflammation aiguë des organes essentiels à la vie, est toujours d'un mauvais augure.

Le prognostic de l'érysipèle phlegmoneux est en général plus fâcheux, et il le devient plus encore en raison de son étendue.

Enfin c'est une affection grave quand la peau, qui est le siége de l'inflammation, est frappée de gangrène, et lorsqu'il se développe en même temps des symptômes d'adynamie plus ou moins prononcés.

Dans quelques cas, au contraire, l'apparition d'un érysipèle a semblé être une crise salutaire, notamment dans le rhumatisme et la goutte, etc.

Mais c'est surtout dans les maladies chroniques de la peau, que le développement naturel, ou provoqué, d'un érysipèle, peut devenir utile. Il modifie alors avec un avantage extraordinaire, certaines inflammations chroniques rebelles, et surtout quelques affections squammeuses anciennes, le lupus, etc.

Traitement. — Lorsque l'érysipèle, quelle qu'ait été sa cause, est simple, peu étendu, et n'apporte aucun trouble dans l'économie, il suffit de tenir le malade à un régime sévère, de lui donner des boissons délayantes, et de condamner le membre au repos, et à la position horizontale, quand c'est un membre qui est affecté : l'inflammation suit une marche régulière, et ne réclame la plupart du temps aucun autre moyen.

Les lotions d'eau de Goulard froide produisent de très-bons effets dans l'érysipèle connu sous le nom d'*engelure*.

Lorsque l'exanthème est plus étendu, qu'il s'y joint des symptômes généraux plus ou moins inquiétans, ce qui arrive si souvent dans l'érysipèle symptomatique, il faut recourir à une médication plus active, et dans ces cas on conseille les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs et certaines applications locales.

Les émissions sanguines sont en général indispensables; il faut y avoir recours promptement chez les sujets jeunes et pléthoriques, et quand la réaction générale est très-marquée; la fièvre inflammatoire qui précède l'apparition de l'érysipèle, réclame impérieusement l'emploi de ce moyen lorsqu'elle est très-vive. La saignée du bras offre plus d'avantages que celle du pied, même dans les cas d'érysipèle à la face, parce que l'on est plus sûr d'obtenir la quantité de sang voulue; on reviendra une ou plusieurs fois à son usage, si les symptômes l'exigent. Si, lorsque le pouls perd de sa force, l'érysipèle conserve son intensité, les saignées locales atteindront mieux alors le but proposé, surtout quand l'inflammation occupe la face ou le cuir chevelu. Du reste, il sera souvent avantageux d'employer ces émissions locales, simultanément avec les saignées générales, en ayant soin de les pratiquer toujours à quelque distance du siége de la phlegmasie, et jamais sur la surface enflammée elle-même.

Les émissions sanguines seront réitérées suivant la persistance ou l'accroissement ultérieur des symptômes; il est des cas cependant où, malgré la gravité apparente de l'érysipèle, il convient d'être réservé sur l'emploi de ces moyens. Ce sont principalement ceux où cette maladie se développe chez des sujets déjà affaiblis, soit par une maladie grave, soit par le traitement énergique qu'elle a né-

cessité, et chez les individus qui ont séjourné longtemps dans des prisons, etc.

Les vomitifs sont quelquefois utiles, quand les organes digestifs, sont exempts d'inflammation, quand surtout il y a amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, etc. C'était la pratique de Stoll, celle de Dessault, et aujourd'hui on l'employe souvent avec avantage, surtout chez les vieillards.

Les purgatifs sont aussi quelquefois très-salutaires, pour faire cesser l'état saburral qui pourrait exister avec un érysipèle à la face: l'effet dérivatif qu'ils produisent sur le canal intestinal peut devenir très-avantageux. Dans la plupart des cas, il suffira d'avoir recours aux laxatifs ou aux purgatifs doux.

Les applications locales sont pour le moins inutiles dans le traitement de l'érysipèle: on devra surtout éviter l'emploi des réfrigérans, dont les effets fâcheux ne sont pas rares.

Les corps gras, les cataplasmes n'ont d'autre résultat que d'augmenter l'inflammation. Les vésicatoires ne doivent être employés que pour fixer l'érysipèle ambulant, ou bien pour rappeler sur la partie primitivement affectée cet exanthème, quand il a disparu subitement, et que cette disparition coïncide avec des accidens plus ou moins graves.

Le docteur John Higgenbottom de Londres a fait avorter des érysipèles de la face, en touchant une petite surface avec le nitrate d'argent.

Quelquefois on a employé avec avantage le même moyen, pour borner ces érysipèles qui tendent toujours à envahir de proche en proche. M. Velpeau a préconisé cette méthode. Nous l'avons vu employer par M. Biett avec succès, et notamment dans un cas grave, où il ne fallut rien

moins pour borner l'érysipèle, que des cautérisations profondes avec le nitrate acide de mercure.

L'érysipèle phlegmoneux demande un traitement très-énergique, qui devra être modifié suivant l'étendue et la gravité du mal. Les saignées générales ou locales, souvent simultanément, seront employées avec vigueur et dès le début; on aura recours aux bains locaux émolliens long-temps prolongés, tant pour favoriser l'écoulement du sang que pour diminuer l'éréthisme des parties malades. Mais lorsque ces moyens n'ont amené aucun amendement, ou qu'ils n'ont pas été employés, et que les symptômes marchent avec rapidité, il faut avoir recours au débridement, non pas quand la gangrène se déclare, comme on l'a dit, mais bien avant, pour tâcher de la prévenir.

L'étendue des incisions devra varier suivant celle de la maladie et suivant son siége. En les pratiquant on a pour but de faire cesser la tension des aponévroses, et par conséquent l'étranglement inflammatoire. Les incisions sont encore nécessaires lorsque l'érysipèle phlegmoneux se termine par suppuration, ou pour borner la gangrène.

La compression a été proposée comme étant très-avantageuse dans l'érysipèle phlegmoneux; mais en réfléchissant aux graves accidens qui arrivent trop souvent dans les fractures où, un simple bandage étant appliqué, le membre vient à se tuméfier, l'usage de ce moyen nous paraît d'une part trop hasardeux pour être adopté; et de l'autre, comme il ne peut être employé que dans le début, et qu'à cette époque les avantages d'un traitement anti-phlogistique actif sont incontestables, il faudrait des succès bien nombreux pour qu'on pût sacrifier à cette méthode un temps aussi précieux.

ROSÉOLE.

(*Roseola.* — Éruption anomale fugace.)

La roséole est un exanthème non contagieux, fugitif, caractérisé par des taches roses, non proéminentes, diversement figurées, dont l'apparition est en général précédée et accompagnée de symptômes fébriles.

Tous les points de la surface de la peau peuvent être à la fois le siége de la roséole : dans quelques cas, elle se développe sur quelques régions seulement, sur le tronc, sur les membres.

Sa marche est toujours aiguë, mais varie suivant les sujets, suivant la cause qui l'a produite, et les maladies qu'elle accompagne.

Sa durée varie en général depuis vingt-quatre heures jusqu'à un septénaire.

Symptômes. — Chez de très-jeunes enfans, on observe quelquefois une éruption de nombreuses taches presque circulaires, très-rapprochées les unes des autres, et d'une couleur rose foncé : elles offrent de quatre à six lignes de diamètre, et disparaissent dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures : leur apparition est en général liée à quelque irritation gastro-intestinale.

Une semblable éruption se montre souvent lors de la dentition : alors, après des vomissemens, de la fièvre, de la diarrhée, et quelquefois de légères convulsions, on voit paraître à la surface du corps, des taches roses irrégulières, très-distinctes, quoique fort rapprochées. Elles disparaissent souvent dans l'espace de vingt-quatre heures : dans quelques cas, elles cessent et reviennent alternativement pendant plusieurs jours.

La variété la plus intense de la roséole est celle qui re-

gne surtout dans l'été (*roseola æstiva.* Willan). Elle est précédée le plus souvent chez les enfans par des alternatives de frisson et de chaleur, par de l'abattement, de la céphalalgie, quelquefois de l'agitation, un léger délire, et même des convulsions; il y a en même temps chaleur à la peau, soif, anorexie, constipation ou diarrhée : l'éruption paraît du troisième au septième jour, à dater du développement de ces symptômes; elle se montre d'abord à la face et au col, d'où elle se répand, dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, sur le reste du corps; la rougeur des taches est plus foncée, leur forme est plus irrégulière que celles de la rougeole, et bientôt cette couleur rouge se change en une teinte rose foncée. Le malade éprouve en même temps de vives démangeaisons, la fièvre continue, et souvent la déglutition est douloureuse. La marche de cette éruption est fort irrégulière; il peut y avoir absence complète de symptômes fébriles. La durée est de trois à quatre jours : elle disparaît sans desquammation appréciable; dans quelques circonstances, elle disparaît pour revenir bientôt, et alors sa durée peut être prolongée.

Une éruption analogue se manifeste en automne (*roseola autumnalis.* Willan), et ne diffère de la précédente que par la dimension un peu plus considérable de ses taches, leur siége aux membres supérieurs et l'absence de la fièvre.

Une variété assez singulière de la roséole est celle où presque toutes les régions du corps se recouvrent de taches roses, en forme d'anneaux (*roseola annulata.* Willan), avec des aires centrales qui conservent la couleur de la peau. Ces anneaux, dont le diamètre est d'abord d'une ou deux lignes, s'agrandissent successivement en laissant au centre un espace non coloré, et qui est tantôt

assez grand, tantôt fort rétréci; quelquefois deux, et même trois anneaux s'entourent réciproquement, tandis que la peau conserve sa couleur naturelle dans leurs intervalles. Cette variété a principalement son siége sur le ventre, au bas des reins, le long des fesses et des cuisses. La durée de cette éruption est courte lorsqu'elle est accompagnée de fièvre. D'autres fois elle peut se prolonger pendant un temps indéterminé; dans ce dernier cas, elle accompagne souvent des affections chroniques des voies digestives.

Causes. — La roséole peut se manifester à tous les âges et dans l'un et l'autre sexe; mais on l'observe plutôt chez les enfans et chez les femmes; on la voit plus souvent en été et dans l'automne que dans les autres saisons. Elle peut attaquer plusieurs fois le même individu. Dans quelques circonstances, elle paraît régner épidémiquement; et M. Biett en a observé plusieurs épidémies, au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, dans les étés très-chauds. La roséole peut précéder l'éruption de la variole soit naturelle, soit inoculée : chez quelques enfans elle se développe le neuvième ou dixième jour de la vaccination : la première dentition, l'ingestion des boissons froides, le corps étant couvert de sueur, un exercice forcé, sont des causes fréquentes de l'apparition de cet exanthème, qui peut accompagner souvent chez les enfans une irritation gastro-intestinale.

Diagnostic. — La roséole a souvent été confondue avec la *rougeole* et la *scarlatine*; toutefois dans la roséole, les taches, qui se rapprochent toutes plus ou moins de la forme circulaire, sont circonscrites, d'un rose foncé, plus larges que celles de la rougeole, plus petites que celles de la scarlatine. En outre elle n'est point contagieuse. Dans la rougeole les taches sont petites, irrégulièrement semi-lunaires,

d'un rouge vif : celles de la scarlatine sont larges et framboisées. Toutes deux elles sont contagieuses, et leurs symptômes généraux sont caractéristiques ; cependant le praticien le plus expérimenté peut s'y méprendre, surtout au début.

L'étendue plus grande des anneaux et l'absence de vésicules, distinguent la roséole à anneaux multiples, de l'*herpes iris*.

Prognostic. — Le prognostic de la roséole n'est jamais grave ; la coïncidence de quelques maladies internes pourrait seule le rendre plus fâcheux.

Traitement. — Dans tous les cas, un régime plus ou moins sévère, des boissons délayantes, une température modérée et le repos, sont les seuls moyens à opposer à cette maladie légère. La roséole qui se développe chez les sujets vaccinés, ne demande aucun traitement particulier. Dans les cas de complication avec une phlegmasie de quelque organe essentiel, c'est vers elle que doit se diriger le traitement.

ROUGEOLE.

Rubeola. — *Morbilli.*

La rougeole est un exanthème contagieux, accompagné à son début, de coryza, de larmoiement, de toux et de fièvre ; s'annonçant à l'extérieur par de petites taches rouges, légèrement élevées, distinctes d'abord, et qui bientôt, en se confondant, prennent une forme irrégulièrement semi-lunaire, et laissent entre elles de petits intervalles où la peau est entièrement saine.

La marche de cette maladie est toujours aiguë ; sa durée est de huit à dix jours ; mais souvent alors quelques symp-

tômes persistent plus long-temps. Quant à la durée de l'éruption proprement dite, elle est de trois à quatre jours.

Symptômes. — L'invasion de la rougeole est marquée, dans la plupart des cas, par un état de malaise général, des lassitudes dans les membres, des alternatives de frisson et de chaleur, des hémorrhagies nasales, des vomissemens. Bientôt on observe les symptômes suivans : accélération plus ou moins grande du pouls, chaleur à la peau, éternuement, coryza, larmoiement, écoulement par le nez d'un mucus limpide, toux fréquente et sèche, angine légère, soif, anorexie, nausées, langue blanche et humectée, constipation, urines rares et rouges, céphalalgie, assoupissement, et quelquefois convulsions chez les enfans.

Ces symptômes se développent dans les premières quarante-huit heures; leur intensité, ainsi que celle de la fièvre, augmente du troisième au quatrième jour : il y a alors chaleur vive de la peau, moiteur générale, sueurs, vive sensibilité des conjonctives et des paupières, coryza, enrouement, toux fatiguante, dyspnée plus ou moins prononcée, rougeur de la langue, quelquefois vomissemens, céphalalgie, et parfois délire passager. A cette époque, la luette et le voile du palais se recouvrent de petites taches rouges, qui deviennent promptement confluentes.

Vers le quatrième ou cinquième jour, des petites taches rouges, distinctes, circulaires, légèrement élevées, comme papuleuses, se montrent au front, au menton, au nez et aux joues; bientôt le col, la poitrine, le tronc et les membres se couvrent successivement d'une semblable éruption. Les taches s'élargissent; elles sont légèrement proéminentes, et ressemblent pour la forme à des piqûres de puces. Quelquefois on observe vers leur centre une petite vésicule; bientôt leur nombre augmente, et,

en se réunissant, elles forment des taches plus larges, d'une forme irrégulièrement semi-lunaire, offrant entre elles de petits espaces dans lesquels la peau conserve sa couleur naturelle. Dans quelques cas, surtout à la face et aux mains, on éprouve, en promenant le doigt sur l'éruption, la sensation d'une surface inégale.

La rougeur des taches atteint en général son plus haut degré d'intensité environ vingt-quatre heures après leur apparition, et l'éruption est ordinairement terminée dans l'espace de trente-six heures. La face est souvent très-tuméfiée à cette époque, et dans quelques cas la tuméfaction des paupières met obstacle à la vision. Dès le sixième jour de la maladie, la rougeur diminue à la figure, tandis qu'elle augmente sur les autres parties du corps. Le septième jour, l'éruption commence à disparaître, et, dès le neuvième, de légères taches jaunâtres indiquent la place qu'elle occupait. La disparition de l'exanthème, qui se fait alors dans le même ordre que son développement, est suivie d'une desquammation plus ou moins marquée, ordinairement accompagnée de vives démangeaisons.

Bien loin de diminuer à mesure que l'éruption s'avance, la chaleur, la soif, le coryza, la toux, etc., sont plutôt augmentés; mais le pouls devient moins fréquent; ces symptômes cessent ordinairement à mesure que l'éruption disparaît. La toux persiste en général plus longtemps que les autres symptômes; quelquefois on observe à la terminaison une hémorrhagie nasale, et souvent il survient une diarrhée légère qui paraît hâter la convalescence.

Telle est la marche la plus naturelle de la rougeole; mais dans quelques cas l'éruption paraît à peine, tandis que dans d'autres elle est très-étendue. Quelquefois la rougeur des taches est très-vive; quelquefois, au contraire, elle est à peine prononcée.

La rougeole peut être compliquée de différentes maladies. Elle peut se développer sur un individu en même temps que la variole, mais alors il y a toujours une de ces éruptions qui suspend la marche de l'autre. On trouve dans Hunter des faits curieux de ce genre. Elle est rarement accompagnée de pétéchies ; mais, comme M. Biett l'a observé plusieurs fois, les taches peuvent prendre la forme et la couleur du *purpura simplex*, et alors elles ne disparaissent plus sous la pression du doigt. Les complications qui méritent surtout de fixer l'attention sont des affections cérébrales, qui sont souvent suivies d'épanchemens séreux dans les ventricules ; des inflammations pulmonaires, des phlegmasies gastro-intestinales. C'est dans ces cas que se développent les symptômes dits ataxiques et adynamiques.

Le *croup* est une complication très-grave et heureusement peu commune. Enfin diverses éruptions, soit vésiculeuses, soit bulleuses, soit pustuleuses, peuvent accompagner la rougeole.

La convalescence, indépendamment de ces complications, qui peuvent aussi la traverser, peut présenter une foule de maladies différentes : ainsi l'on observe quelquefois des ophthalmies chroniques très-rebelles, diverses inflammations de la muqueuse des voies aériennes, l'otite avec surdité, des phlegmasies chroniques des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Chez les personnes disposées à la phthisie, le développement des tubercules paraît favorisé par la persistance du catarrhe subséquent à la rougeole ; enfin la convalescence de cette affection peut être retardée, comme celle de la scarlatine, par l'hydropisie aiguë ; accident que cependant l'on rencontre bien plus fréquemment à la suite de cette dernière phlegmasie.

Dans la plupart des cas, la rougeole, suivant une mar-

che plus ou moins régulière, se termine par le retour à la santé. Mais quelquefois les malades succombent, et, alors, la mort doit être attribuée à une des complications de la maladie : aussi, dans ces terminaisons funestes, on trouve, à l'ouverture du cadavre, des traces d'inflammation ou de congestion plus ou moins considérables : le cerveau, les poumons et l'estomac sont les organes qui présentent le plus fréquemment ces lésions.

Causes. La rougeole reconnaît pour cause un principe morbifique inconnu, qui se transmet par contact et par infection, et n'exerce, en général, qu'une seule fois dans la vie son influence sur l'économie. Les observations qui tendent à prouver que l'inoculation du sang des individus affectés de la rougeole peut la transmettre, ne sont rien moins que concluantes.

La rougeole se développe dans tous les climats; elle règne presque toujours épidémiquement. Dans quelques épidémies, la cause peut, chez certains individus, ne développer que le coryza, et les symptômes d'irritation de la muqueuse pulmonaire; et dans quelques cas rares, l'exanthème s'est montré sans être accompagné de ces symptômes. Ces personnes ne sont point à l'abri d'une seconde infection. Aucun âge n'en est exempt; mais elle affecte bien plus souvent les jeunes sujets. Elle règne plus fréquemment pendant l'hiver, et surtout au commencement du printemps, que dans les autres saisons.

L'apparition de la maladie a lieu en général du dixième au quatorzième jour de l'infection.

Diagnostic. La marche de la maladie, la nature des symptômes et le caractère de l'exanthène, suffisent toujours pour distinguer la rougeole de la *scarlatine*. Dans la rougeole, en effet, les symptômes d'incubation précèdent de trois ou quatre jours l'éruption; les taches sont

plus petites, d'un rouge vif, irrégulièrement semi-lunaires, et elles laissent entre elles des intervalles de peau saine. Dans la scarlatine, l'éruption est plus prompte, les taches plus larges, irrégulières, d'une teinte framboisée.

Comme l'éruption de la scarlatine ne disparaît pas d'une manière uniforme, mais par intervalle, on trouve vers la fin du cinquième jour, des petites taches irrégulières, qu'on pourrait confondre facilement avec celles de la rougeole. Enfin il est des cas où le diagnostic est réellement très-difficile ; tels sont ceux où de larges taches d'un rouge uniforme couvrent différentes parties du corps ; et où les symptômes d'irritation des membranes muqueuses se rapprochent de ceux qui *appartiennent* à la scarlatine. *Dans* ces cas on aura égard à l'épidémie régnante, et aux symptômes prédominans de la maladie ; la circonstance d'une infection antérieure ne devra point empêcher le médecin de se livrer à un examen attentif ; car il est prouvé que la même personne peut être affectée une seconde fois de la rougeole.

Quant à la *roséole*, la couleur rose foncée de ses taches, leur forme assez exactement arrondie, leur volume, et son caractère non contagieux la distinguent facilement à une certaine période ; mais au début, quand les symptômes ordinaires de la rougeole manquent, on peut aisément les confondre.

Enfin les diverses inflammations qui peuvent compliquer la rougeole se reconnaîtront à leurs caractères propres : seulement il est utile de faire observer que leur marche est quelquefois insidieuse, et demande beaucoup d'attention.

Prognostic. La rougeole n'est pas en général une maladie grave, mais elle peut le devenir dans beaucoup de

cas ; elle est surtout à craindre chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, chez les personnes épuisées par des maladies antérieures. En portant le prognostic, on devra tenir compte du caractère général de l'épidémie régnante ; l'intensité plus ou moins grande des lésions concomitantes, et la nature des organes affectées, devront surtout lui servir de base.

L'apparition de pétéchies, une éruption prématurée, sa disparition brusque, coïncidant avec beaucoup de fièvre et d'oppression, sont d'un mauvais augure.

Traitement. La diète, le repos, une chaleur très-tempérée, des boissons délayantes et mucilagineuses, tièdes, l'inspiration d'une vapeur émolliente, et le soin de garantir les yeux d'une lumière trop vive, constituent le traitement dans les cas ordinaires de rougeole.

L'emploi des vomitifs administrés soit dans la vue de favoriser l'éruption, soit dans l'intention de remédier à un embarras gastrique, est le plus souvent inutile et peut devenir dangereux ; les nausées et les vomissemens que les malades éprouvent dans la plupart des cas disparaissent en général avec les autres symptômes. Il doit être restreint aux seuls cas où la rougeole est compliquée du croup. Toutefois, dans quelques circonstances on a vu l'administration de quelques grains d'ipécacuanha faire paraître l'éruption avec plus de rapidité et de force. La constipation qui existe les premiers jours n'offre aucun inconvénient ; plus tard, on la ferait cesser avec des lavemens simples, si elle persistait.

Si l'éruption ne se montrait pas d'une manière franche, ou si elle disparaissait subitement, on emploierait quelques diaphorétiques ; on plongerait le malade dans un bain tiède dans lequel on aurait mêlé un peu de farine de moutarde, ou mieux encore, on lui ferait prendre un

bain de vapeur, si l'on avait ce moyen à sa disposition.

Mais quand celle-ci tarde trop à se manifester, et qu'en même temps la fièvre augmente d'intensité, on peut craindre avec raison le développement de quelque phlegmasie intérieure, et dans ce cas il faut se hâter d'y porter remède.

Passons en revue les moyens thérapeutiques qui peuvent le mieux atteindre ce but.

Les *émissions sanguines*, soit générales, soit locales, tiennent le premier rang. Pour les mettre en usage, il faut bien distinguer les symptômes qui accompagnent naturellement la maladie et se dissipent avec elle, de ceux qui dépendent d'une inflammation intérieure, qui compromet plus ou moins les jours du malade. Ainsi pendant l'éruption il y a souvent beaucoup d'agitation, des douleurs thoraciques; la toux devient très-incommode, l'oppression augmente, et l'auscultation permet d'entendre un râle sous-crépitant plus ou moins étendu: cependant presque toujours tous ces symptômes alarmans se dissipent spontanément et avec l'apparition de l'exanthème.

Mais s'ils persistaient, on aurait recours à la saignée générale ou locale; et la quantité du sang que l'on devrait tirer, serait proportionnée à la force du sujet et à la nature des symptômes.

Avant l'apparition de l'exanthème, quand il existe des signes évidens de pneumonie, ou des symptômes d'inflammation gastro-intestinale; ou bien lorsqu'il y a coma, respiration stertoreuse, et en même temps fièvre intense; il ne convient pas d'abandonner la maladie à la nature, il faut avoir recours aux saignées.

Chez les jeunes enfans, l'application de quelques sangsues aux tempes, derrière les oreilles, à l'épigastre ou à l'anus, remplace la phlébotomie avec avantage. Chez

les adultes et les jeunes gens, il est souvent fort utile d'employer à la fois et les saignées générales et les saignées locales. Souvent à la suite d'une saignée pratiquée dans ces circonstances, on voit l'exanthème paraître, et en même temps les symptômes diminuer d'intensité. L'époque à laquelle on a recours à la saignée est surtout importante ; ce moyen sera d'autant plus efficace, qu'il sera employé plus près du début d'une inflammation concomitante ; plus tard, lorsque la nature est accablée sous la violence du mal, et que les divers organes depuis longtemps sont le siége d'une congestion considérable, il est loin d'être utile, et même il peut hâter la mort. En un mot, l'emploi des émissions sanguines est un point grave et important : il ne faut pas oublier qu'on doit le regarder comme une médication exceptionnelle, qui a pour but de combattre les inflammations, les accidens sérieux, qui peuvent aggraver la rougeole, et non pas de faire avorter cet exanthème.

Les *purgatifs* ont peut-être été trop vantés dans le traitement de la rougeole : les inflammations gastro-intestinales, qui compliquent si fréquemment ces maladies, doivent rendre réservé sur leur emploi. Cependant ils peuvent produire des effets avantageux dans les cas de méningo-encéphalite, de pneumonie, d'angine intense et de croup ; ils devront alors être employés conjointement avec les émissions sanguines. Les purgatifs auxquels on a le plus ordinairement recours, sont le séné, le jalap, le calomel, l'huile de ricin, etc.

Vers le neuvième ou le dixième jour, surtout quand la diarrhée ordinaire ne s'établit pas, on emploie souvent alors des cathartiques, quelques minoratifs, le sirop de fleurs de pêcher, la manne en larmes, la crême de tartre

soluble; mais ils sont surtout indiqués, quand l'exanthème est à son déclin.

Les sinapismes et les vésicatoires devront être employés avec réserve : ils peuvent agir utilement dans certains cas en rappelant l'exanthème, ou bien quand il languit.

Les lotions d'eau froide, lorsque la peau est brûlante et sèche, ont été beaucoup vantées par des praticiens anglais fort recommandables. En parlant du traitement de la scarlatine, nous reviendrons sur l'emploi de ce moyen, qui *peut*-être est moins applicable à la rougeole, comme le fait remarquer M. Guersent, à cause de la fréquence de la complication des phlegmasies pulmonaires.

Quant aux toniques, tels que le vin généreux, le quinquina, le camphre, etc., ils ne conviennent guère que dans des cas extrêmement rares; et leur emploi exige un grand discernement. On peut y avoir recours lorsque le pouls est petit, misérable, la peau à peine chaude, l'éruption pâle ou livide.

On ne les emploierait jamais dans les cas où la peau sera sèche et brûlante, malgré les symptômes apparens d'adynamie.

Dans la convalescence, on fera prendre quelques bains tièdes, avec beaucoup de précaution pour éviter le refroidissement; si la toux persiste, on prescrira quelques laxatifs, des opiacés, un vésicatoire, soit sur la poitrine, soit sur la partie interne de chaque bras. Quelquefois il s'établit une fièvre lente, et des soins hygiéniques très-suivis deviennent nécessaires. Enfin, dans les cas de diarrhée opiniâtre, les opiacés, les adoucissans, un régime sévère, un vésicatoire en haut de chaque cuisse, ou à la région iléo-cœcale, sont autant de moyens qui peuvent devenir utiles.

Le traitement prophylactique consiste uniquement dans

l'isolement. Bien que l'on ne connaisse pas positivement, à quelle époque la contagion n'est plus à craindre, il est prudent de continuer les précautions, jusqu'au delà du vingtième jour.

SCARLATINE.

(*Scarlatina. — Morbilli confluentes.*)

La scarlatine est un exanthème contagieux, se présentant sous la forme de petits points rouges, bientôt remplacés par de larges taches irrégulières, d'une teinte framboisée, qui en se réunissant couvrent en général des surfaces étendues. Une fièvre plus ou moins vive, et des symptômes plus ou moins intenses d'irritation de la muqueuse de la bouche et du larynx, précèdent et accompagnent l'éruption.

C'est ordinairement du troisième au sixième jour après l'exposition à la contagion, que la scarlatine se développe.

Symptômes. Sous le point de vue de l'intensité des symptômes, cette maladie offre beaucoup de variétés; elle peut être très-légère; d'autres fois elle est plus intense, et souvent des complications plus ou moins graves font craindre pour la vie du malade, que le traitement le plus approprié ne parvient pas toujours à sauver.

La scarlatine débute en général vers le soir, et d'une manière subite, par un accès fébrile accompagné d'abattement, de frissons passagers, de nausées, de douleurs dans les lombes et aux extrémités inférieures. Le pouls, très-accéléré, bat par minute de cent vingt à cent quarante pulsations; la respiration est fréquente et irrégulière. La peau du tronc est chaude, les pieds froids : dans quelques cas, mais rarement, il survient des convulsions.

Dès le lendemain, et quelquefois même pendant la nuit, l'éruption apparaît; occupant d'abord le col et la face, elle se répand ensuite sur tout le corps dans l'espace de vingt-quatre heures. Elle consiste en une multitude de petits points rouges, tellement rapprochés les uns des autres, que la peau offre une teinte rouge générale, et paraît rugueuse au toucher. Cette membrane est en même temps le siége d'une vive chaleur et de démangeaisons fort incommodes. De larges taches d'un rouge écarlate, *frambroisé*, occupent les régions sur lesquelles repose le corps; la teinte est également beaucoup plus foncée aux plis des articulations. Non-seulement la peau, mais encore la langue, le pharynx, le voile du palais, la surface interne des paupières, des narines et des joues sont à cette époque d'un rouge écarlate, et la déglutition est en même temps douloureuse.

Souvent les bords et la pointe de la langue offrent seuls cette teinte, tandis que sa surface est couverte d'un enduit muqueux blanchâtre, à travers lequel pointillent les papilles qui sont plus ou moins saillantes, et présentent une teinte d'un rouge vif.

L'éruption est en général accompagnée d'une agitation plus ou moins grande; quelquefois il y a du délire et de l'assoupissement, un gonflement de la face et des extrémités. Dans quelques cas, le mouvement fébrile diminue d'intensité, lors de l'apparition de l'exanthème; mais ordinairement il persiste, ainsi que les autres symptômes, qui sont une soif ardente, une chaleur générale très-incommode, des nausées, de la constipation, et une gêne plus ou moins marquée dans la déglutition.

La rougeur framboisée de l'exanthème est toujours plus vive le soir et surtout du troisième au quatrième jour; elle commence à diminuer vers le cinquième et dis-

paraît ordinairement vers le septième, époque à laquelle la desquammation s'établit.

Les divers symptômes qui accompagnent l'éruption disparaissent avec l'exanthème: la déglutition devient aisée; mais la rougeur de la langue persiste; souvent il survient alors ou une sueur copieuse, ou de la diarrhée, ou bien encore l'urine dépose un sédiment quelquefois très-abondant. La desquammation furfuracée, souvent lamelleuse, est accompagnée de prurit fort incommode, elle peut se prolonger très-long-temps, quelquefois trente et quarante jours, et se renouveller plusieurs fois (*scarlat. simplex*, Willan).

Telle est la marche de la variété la plus légère de la scarlatine, dont la durée est de huit à dix jours. Mais dans d'autres cas, la fièvre est plus vive, et l'angine est surtout plus intense: c'est la prédominance de ce dernier symptôme qui a valu à cette variété le nom de scarlatine angineuse (*scarlatina anginosa*, Willan).

Dans cette dernière variété, l'angine précède souvent la fièvre, et les symptômes précurseurs de l'éruption sont bien plus intenses que dans la scarlatine simple. Le malade éprouve dès le commencement une sensation brusque de roideur dans les muscles du col et de la mâchoire inférieure: la membrane muqueuse du pharynx offre une rougeur très-vive. Les symptômes généraux ne tardent pas à se développer; dès le second jour, les amygdales sont fortement tuméfiées, la voix devient rauque; la déglutition est très-douloureuse et très-difficile, quelquefois même impossible; alors les boissons sont rendues par les narines, la respiration est plus ou moins gênée, et il existe un sentiment de constriction très-pénible à la gorge.

Les autres symptômes sont une grande fréquence du pouls, une vive chaleur à la peau, de l'agitation, de la

céphalalgie, de l'assoupissement, un léger délire, des épistaxis; des nausées et quelquefois des vomissemens.

L'exanthème offre dans cette variété à peu près les mêmes apparences que dans la scarlatine simple; mais il ne se montre pas toujours dès le second jour, souvent il ne se déclare que le troisième. Il est aussi moins généralement répandu, et se compose de larges taches écarlates, irrégulières, éparses sur différentes parties du corps, mais plus particulièrement sur les régions sur lesquelles se repose le malade. Dans beaucoup de cas, les piliers du voile du palais, les amygdales et le pharynx se couvrent de mucosités épaisses, ou de flocons d'une matière pultacée d'un blanc grisâtre, qui tantôt reste adhérente pendant plusieurs jours, et tantôt se renouvelle dans les vingt-quatre heures. En général, on n'observe point d'ulcération sur les amygdales; quelquefois cependant il en existe de légères sur ces glandes, sur le voile du palais, ou à la partie postérieure du pharynx. Les exsudations pultacées peuvent être colorées en noir par le sang extravasé; souvent la langue se sèche, ainsi que les lèvres, qui se gercent; et le sang, en se desséchant, forme des croûtes noires qui couvrent leur surface.

Souvent, dans cette variété, l'exanthème disparaît dans l'espace de vingt-quatre heures, et reparaît quelquefois d'une manière irrégulière dans différentes régions à des époques diverses. Dans ces cas, les symptômes généraux sont rarement aggravés; mais la durée de la maladie est prolongée, et le mode de desquammation moins régulier. Cette terminaison même peut n'avoir pas lieu quand l'exanthème a été très-léger, tandis que dans d'autres cas la desquammation persiste encore au delà de la troisième et de la quatrième semaine.

Du reste, dans cette variété il existe une foule de

degrés, dont il suffit d'avoir présenté les caractères lès plus saillans. L'angine est le symptôme le plus opiniâtre.

La scarlatine peut encore revêtir une forme plus grave, et alors elle a reçu le nom de scarlatine maligne (*scarlatina maligna*, Willan). Mais, il faut le dire, toutes ces variétés ne sont véritablement que des degrés d'intensité, et la scarlatine, légère dans les premiers jours, peut devenir promptement maligne.

La *scarlatine maligne* offre au début les mêmes symptômes que la précédente, mais elle ne tarde pas à présenter, dès le premier ou le second jour, des caractères d'une extrême gravité. L'éruption ordinairement paraît dans les vingt-quatre heures, mais elle est souvent tardive. Il y a beaucoup d'abattement, une soif ardente, une sécheresse, une chaleur vive et brûlante de la peau; beaucoup d'anxiété, de l'oppression, des vomissemens: le pouls est plein et fréquent. Au bout de quelques heures, les symptômes ont encore augmenté d'intensité: il survient de l'agitation, du délire; la langue se sèche; le pouls perd de sa force, mais non de sa fréquence; la peau est toujours brûlante, les yeux sont injectés et éteints, les joues sont d'un rouge cramoisi, l'haleine est fétide, et une exsudation noirâtre couvre les amygdales et les parties voisines. Chez les enfans, il peut y avoir coma, respiration stertoreuse, tuméfaction du col, renversement de la tête en arrière; en même temps le pouls à peine sensible est très-précipité. Quelquefois il survient des hémorrhagies, soit nasales, soit intestinales, ou une éruption de pétéchies; bientôt les extrémités se refroidissent, et le malade succombe. Souvent cette terminaison funeste arrive sans que l'éruption ait disparu ou même pâli, et quelquefois la chaleur âcre de la peau persiste jusqu'aux derniers instans.

Cette variété peut se terminer, comme nous l'avons dit, par la mort, qui survient au bout de quelques heures, ou qui n'arrive qu'à la fin du second, troisième ou quatrième jour, ou même plus tard. Quand le malade ne succombe pas ainsi, les suites peuvent être très-graves. Il survient des inflammations gastro-intestinales, des suppurations abondantes qui succèdent aux eschares qui se forment dans les différentes parties du corps.

Différentes inflammations cutanées peuvent compliquer la scarlatine. Souvent c'est une éruption miliaire qui occupe le thorax, les tempes, le col, le cuir chevelu, les épaules, et disparaît promptement, soit par la résorption, soit par l'épanchement du fluide contenu dans les vésicules. Les complications de la scarlatine avec la rougeole, l'érysipèle, la variole, sont beaucoup plus rares.

L'angine couenneuse de la bouche, du pharynx, et des fosses nasales postérieures, constitue une des complications graves et malheureusement assez communes de la scarlatine angineuse et maligne. La plupart des épidémies d'angines gangréneuses, décrites par Fothergill, Huxham, etc., n'étaient probablement pas autre chose. Et sans rejeter directement la possibilité de la complication d'une angine gangréneuse, il est raisonnable de penser qu'avant les travaux de M. Bretonneau on a désigné ainsi beaucoup de diphthérites. Mais le croup, quoi que l'on en ait dit, est une complication rare de la scarlatine, MM. Biett et Bretonneau ne l'ont pas observé, et M. Guersent n'en a vu qu'un exemple.

La scarlatine très-intense est presque toujours accompagnée d'inflammation, soit du cerveau, soit des viscères thoraciques, soit enfin des membranes muqueuses gastro-intestinales. Souvent tous les grands viscères semblent simultanément affectés, et la nature, accablée par la violence du mal, ne tarde pas à succomber.

Les gangrènes partielles qui surviennent dans certains cas annoncent une grande gêne dans la circulation.

On observe souvent, à la suite de la scarlatine, des abcès dans les amygdales, la bronchite, l'ophthalmie, l'otite avec surdité, des parotides, des inflammations des testicules chez les adultes, et des engorgemens des glandes sous-maxillaires et inguinales chez les enfans. Elle est quelquefois suivie d'un état de langueur assez inquiétant. Mais l'accident le plus à redouter dans la convalescence de cette maladie est, sans contredit, l'anasarque aigu, et les épanchemens séreux qui peuvent se faire dans les diverses cavités splanchniques. L'anasarque peut être partiel ou général : il se développe huit à dix jours après la disparition de l'exanthème, surtout quand celui-ci a été très-étendu. On a remarqué que cet accident était plus fréquent et plus grave chez les enfans que chez les adultes, pendant l'hiver que pendant l'été, et que l'impression d'un air froid et humide exerçait une grande influence sur son développement. Les signes précurseurs sont la tristesse, un état d'abattement et de langueur, la perte de sommeil et d'appétit : le pouls devient fréquent et concentré, la peau chaude ; les urines sont rares et sédimenteuses. L'œdème commence par les paupières, puis il gagne toute la face, et bientôt on l'observe aux membres inférieurs ; il peut gagner tout le corps : sa durée est de six à douze jours : il n'est accompagné d'aucuns dangers lorsqu'il est borné au tissu cellulaire sous-cutané. La diarrhée et quelques autres symptômes d'irritation gastro-intestinale peuvent le compliquer. Dans quelques cas rares, il se fait de rapides épanchemens dans diverses cavités séreuses, et la mort peut arriver dans un temps très-court.

Nécropsie. Chez les individus morts à la suite de la scarlatine, la peau offre en général de larges taches d'un rouge livide, qui occupent la superficie du derme ; quelquefois

au contraire elle n'offre aucune trace de l'éruption ; mais, comme pour tous les tissus enflammés, la putréfaction de cette membrane arrive très-promptement. La bouche, les fosses nasales, le pharynx et même la trachée, offrent souvent de la rougeur, et à leur surface une matière pultacée grisâtre, en quantité plus ou moins considérable. Dans la plupart des cas, on trouve une injection prononcée dans le cerveau et dans les vaisseaux qui rampent à sa surface. Tantôt les poumons sont sains, tantôt ils sont gorgés de sang et faciles à déchirer ; dans quelques cas leur tissu est très-dense, comme carnifié, d'un rouge vif ; et ne se déchire que très-difficilement. La membrane muqueuse de l'estomac et des intestins présente en général un peu de rougeur, quelquefois même une coloration violacée particulière, mais le plus souvent aucune lésion apréciable, même dans le cas où la diarrhée a été un des symptômes prédominans.

Causes. Un principe contagieux inconnu propage la scarlatine ; les enfans et les adolescens en sont bien plus souvent affectés que les adultes ; elle n'attaque qu'une fois le même individu, et, sur deux mille cas, Willan n'a pas vu un seul exemple de récidive. Dans quelques épidémies, il paraît que la cause spécifique peut développer, dans certaines circonstances rares, les symptômes généraux sans l'éruption, ou l'éruption sans les symptômes généraux.

La scarlatine n'affecte particulièrement aucune saison ; on la voit régner épidémiquement dans l'une ou dans l'autre, mais particulièrement en automne, après des pluies abondantes, suivies immédiatement de grandes chaleurs. La situation de certains lieux dans des vallons et au milieu des bois, et en général tout ce qui tend à gêner la libre circulation de l'air, semble prédisposer au développement

de cette maladie. Enfin il est à noter que les personnes qui ont été affectées de la scarlatine peuvent encore transmettre cette maladie pendant toute la durée de la desquammation ; il paraît même que c'est surtout dans cette période que la contagion est plus facile.

Diagnostic. On évitera de confondre la scarlatine avec la rougeole en se rappelant que, dans la première, l'éruption paraît ordinairement dans l'espace de vingt-quatre heures, à dater des symptômes d'invasion. L'étendue de la teinte framboisée de cette éruption, la nature des symptômes d'irritation des muqueuses, qui, dans la scarlatine, affecte surtout le pharynx, empêcheront toute méprise.

Dans la *roséole*, il existe souvent une angine assez prononcée ; mais l'éruption ne présente jamais de larges plaques comme celle de la scarlatine ; la teinte n'est pas la même ; enfin, dans la roséole, la durée est courte, la marche souvent irrégulière.

Prognostic. — La scarlatine, lorsqu'elle est simple, est en général une maladie peu dangereuse, bien qu'elle le soit plus que la rougeole. Son prognostic est plus grave pour les deux dernières variétés. Enfin il est d'autant plus fâcheux, qu'elle se développe chez des femmes enceintes ou nouvellement accouchées, et qu'elle est accompagnée de maladies plus graves elles-mêmes.

Traitement. — Lorsque la scarlatine est peu intense, les soins hygiéniques et les moyens les plus simples de la méthode antiphlogistique, sont les seuls nécessaires : une température douce et modérée, la diète, des boissons rafraîchissantes, mucilagineuses, et acidulées, soit avec le suc de citron, soit avec l'acide hydrochlorique, ou tout autre acide (car celui-ci ne paraît pas posséder de propriété spéciale, comme on l'a avancé), des gargarismes

émolliens légèrement détersifs, forment l'ensemble des médications à employer. La constipation qui existe dans les premiers jours, sera combattue par des lavemens simples.

Il n'est pas nécessaire d'administrer les vomitifs au début; les nausées et les vomissemens indiquent plutôt une irritation gastrique qu'un embarras saburral des premières voies.

A ces moyens, suffisans pour la scarlatine simple, on devra en ajouter d'autres plus énergiques dans les cas de scarlatine angineuse et maligne, surtout quand il s'y joint des symptômes d'inflammation d'un ou de plusieurs organes intérieurs.

Les émissions sanguines sont tout-à-fait indiquées dans ces circonstances. Une ou plusieurs applications de sangsues à *la partie antérieure du col*, lorsque l'angine est intense, produisent un soulagement marqué, surtout dans le cas de gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires; il en est de même de la saignée locale à l'épigastre, quand il existe des nausées, des vomissemens opiniâtres accompagnés de douleur dans cette région. La saignée générale, ordinairement inutile dans la scarlatine simple, pourra être employée avec avantage quand la maladie prend un caractère grave, chez les jeunes gens et les adultes forts et vigoureux, chez les femmes à l'époque de leurs couches. Dans ces cas, une ou plusieurs larges saignées, pratiquées dès le principe, préviennent ou diminuent les accidens. Dans la scarlatine maligne, où la marche est très-prompte, où dans l'espace de quelques heures les symptômes ont pris un caractère très-grave, il faut au plus tôt avoir recours à ce moyen; car, une fois la congestion établie dans les divers organes, il devient beaucoup plus difficile, souvent même impossible, d'y remédier. A une époque plus avancée de la maladie, on

devra compter beaucoup moins sur l'efficacité de la saignée, qui, employée alors, même lorsqu'elle semblait bien indiquée, a souvent paru inutile et même nuisible. Enfin les émissions sanguines conviennent surtout lorsqu'il existe des phlegmasies d'un ou de plusieurs organes importans; ainsi on appliquera des sangsues au col, aux apophyses mastoïdes, lorsqu'il survient des symptômes de congestion cérébrale, et alors, il faut aussi y avoir recours de bonne heure.

Dans le cas d'angine pultacée il est avantageux d'employer des gargarismes acidulés, et mieux aluminés. Mais dans l'angine couenneuse il faut se hâter d'agir et de modifier sur-le-champ cette espèce d'inflammation *sui generis*, en touchant les plaques diphtériques, soit avec l'acide hydrochlorique, soit avec le nitrate d'argent, etc. M. Biett se sert habituellement d'un mélange de jus de citron avec partie égale de miel, qui lui a toujours suffi. Dans tous les cas, il n'y a pas de temps à perdre; et il y a des exemples trop nombreux de terminaison funeste de cette forme si grave de l'angine, qui avait été tout-à-fait méconnue, ou même reconnue seulement un peu tard.

Les laxatifs et les purgatifs sont au moins inutiles dans la scarlatine simple, dont la marche est régulière; mais quand il existe des symptômes de congestion cérébrale ou pulmonaire, on peut les employer hardiment, conjointement avec les saignées.

Leur usage est encore utile quand l'angine est très-intense. Pour leur administration, on ne tiendra pas trop compte de la rougeur de la langue, en se rappelant que cette rougeur, souvent écarlate et analogue à celle de la peau, est un symptôme de la maladie. Souvent enfin, si les signes d'irritation gastrique sont bien prononcés, il conviendra de les administrer en lavemens.

Les vomitifs ne sont indiqués que lorsqu'il devient nécessaire de débarrasser le pharynx des matières couenneuses qui l'obstruent, ce qui arrive principalement chez les enfans.

Les bains tièdes sont souvent très-utiles au déclin de l'éruption, surtout dans les cas de complication d'angine grave, ou bien encore quand l'éruption a disparu spontanément. Les affusions d'eau froide, inusitées en France, ont été employées avec avantage en Angleterre par des praticiens fort recommandables. Cette médication, à laquelle on a supposé peut-être trop gratuitement de grands dangers, a été employée avec avantage dans plusieurs épidémies de scarlatine, particulièrement lorsque l'éruption était arrivée à la plus grande intensité. Il en résulte ordinairement un bien-être pour le malade, une diminution notable de la chaleur, de l'accélération du pouls, et de tous les autres symptômes. Il est vrai de dire qu'en France, l'emploi de ces affusions inspire des craintes. Cependant M. Biett y a eu recours dans deux cas, sans succès, il est vrai, mais aussi sans qu'il en soit résulté d'accidens. Ces affusions conviendraient dans la scarlatine maligne. Dans les cas les plus simples on peut se contenter de promener légèrement, sur différentes parties du corps, une éponge imbibée d'eau froide ou d'oxicrat, surtout au front, à la face et aux avant-bras. Quelques pathologistes ont objecté à l'emploi de ce moyen qu'il pouvait favoriser le développent de l'anasarque, se guidant sur ce que dans la convalescence de la scarlatine, cet accident était en général produit par l'impression d'un air froid. Ce raisonnement ne nous paraît pas juste: car l'influence du froid, dans la période inflammatoire de la scarlatine, ne doit pas produire le même effet que dans la convalescense. D'ail-

leurs jusqu'à quel point peut-on comparer ces deux influences?

L'usage des sinapismes, des vésicatoires, et d'autres applications irritantes, doit être restreint, en général, aux cas où il devient nécessaire d'établir une dérivation puissante. L'application de vésicatoires à la partie antérieure du col, dans la scarlatine avec angine très-intense, ajoute à l'irritation de la peau, sans révulser l'inflammation intérieure : on les a vus quelquefois déterminer la gangrène.

La convalescence réclame beaucoup de soins hygiéniques, et un fréqent usage des bains tièdes. En cas de constipation opiniâtre, s'il n'y avait point d'indication contraire, on administrerait de légers laxatifs. Le malade évitera l'impression de l'air froid et les écarts de régime. Lorsqu'il survient un anasarque, il doit être combattu par le repos, la diète, des boissons diaphorétiques tièdes; s'il y avait beaucoup de fièvre, de la diarrhée, des symptômes gastriques, on appliquerait des sangsues, soit à l'anus, soit à l'épigastre; enfin on pourrait combattre l'anasarque, avec beaucoup d'avantage, par les bains de vapeur.

Comme moyen préservatif de la scarlatine, après l'isolement, quand il est praticable, on a proposé la belladone; et elle a été employée avec succès dans plusieurs épidémies, en Allemagne et en Suisse. M. Biett a vu cette maladie régner épidémiquement dans une haute vallée de la Suisse, et respecter, presque sans aucune exception, tous les enfans à qui l'on avait administré la belladone. On n'hésiterait donc point à y avoir recours, soit dans une pension, soit dans un village, etc., toutes les fois que la scarlatine semblerait devenir épidémique.

La teinture est la préparation la plus commode, et la forme sous laquelle elle semble agir avec plus d'efficacité. On en donne, dose commune, six gouttes par jour, aux enfans de huit à dix ans; il est inutile d'ajouter que l'on augmenterait ou l'on diminuerait progressivement la dose, suivant l'âge des individus. Il faut en continuer l'usage pendant dix à douze jours. Il a été constaté d'une manière évidente que, chez le petit nombre qui n'avait point été préservé, la scarlatine était toujours simple, bénigne et de peu de durée.

Enfin, il est encore un préservatif qui paraît avoir été employé avec avantage : c'est une combinaison de soufre doré d'antimoine, avec le calomel. La dose, pour les enfans de deux à quatre ans, serait d'un seizième ou d'un huitième de grain de calomel, uni à autant de soufre doré d'antimoine, et mêlé à un peu de sucre ou de magnésie pour une dose que l'on répéterait trois ou quatre fois par jour.

URTICAIRE.

(Fièvre ortiée. — Porcelaine.)

L'urticaire est un exanthème non contagieux, caractérisé par des plaques proéminentes, de forme et d'étendue variables, le plus souvent irrégulières, plus rouges ou plus blanches que la peau environnante, dans la plupart des cas très-fugaces, et toujours accompagnées d'un prurit fort incommode.

L'urticaire, quelquefois aiguë, affecte le plus ordinairement une marche chronique, et sa durée varie depuis deux ou trois jours jusqu'à des mois et des années. Celle de l'urticaire aiguë est de huit à dix jours : on ne saurait assigner de termes limités à celle de l'urticaire chronique.

Quant à la durée individuelle des plaques, elles varie ordinairement depuis quelques instans, jusqu'à douze ou vingt-quatre heures; toutefois, dans quelques cas assez rares, elles persistent pendant un ou deux septénaires.

Causes. Attaquant tous les âges, les deux sexes, se manifestant dans toutes les saisons, l'urticaire affecte cependant plus particulièrement les enfans, les jeunes gens et les femmes, les individus d'un tempérament sanguin et nerveux. On l'observe plus fréquemment au printemps et dans l'été. Enfin il y a des personnes dont la peau fine et délicate y est tellement prédisposée, qu'il suffit de la moindre pression, du moindre frottement pour développer de larges plaques d'urticaire, semblables à celles qui résultent de la flagellation.

L'urticaire peut se manifester sous l'influence de causes directes, appréciables. C'est ainsi qu'elle est produite par les feuilles de l'*urtica dioica*, par le contact de certaines chenilles, etc. Dans ces cas, l'éruption, plus ou moins locale, est le plus souvent éphémère et de courte durée.

D'autres fois, sans que l'on puisse saisir le lien qui existe entre elle et ses causes probables, elle semble se développer sous l'influence de la dentition, d'affections morales vives, d'abus des plaisirs de la table, et surtout de l'ingestion de certains alimens, des champignons, des amandes, du miel, des concombres, etc. Mais de tous, ceux qui ont, au plus haut degré, le privilége de produire une urticaire, ce sont les moules, les écrevisses, les œufs de quelques poissons, quelques coquillages, enfin certains poissons fumés, desséchés ou salés. On l'attribue généralement dans ces derniers cas à un degré de putréfaction plus ou moins avancée de ces matières animales; ce qui est loin d'être prouvé : car parmi plusieurs personnes qui en mangent, souvent une seule en est affectée : il faut donc

reconnaître une disposition particulière, qui est quelquefois tellement évidente, qu'il y a des individus qui ne sauraient, dans aucune circonstance, faire usage de ces alimens sans voir infailliblement se développer l'urticaire. M. Biett a cité dans ses leçons cliniques des cas d'urticaire produite par l'usage du baume de *copahu*.

Cette éruption accompagne quelquefois une fièvre intermittente, quotidienne, ou tierce, une irritation de quelque organe intérieur. Elle peut aussi coexister avec des maladies de la peau tout-à fait différentes, surtout avec le *lichen simplex*. Enfin, dans quelques circonstances, elle serait liée à un état particulier et inconnu de l'économie.

Symptômes. La marche de cette éruption est extrêmement irrégulière : quelquefois accompagnée de symptômes généraux, le plus souvent n'en présentant d'autres que ceux qui lui sont propres ; elle peut, pendant une durée de quelques jours à plusieurs septénaires, disparaître et revenir à diverses reprises, mais en laissant peu d'intervalle dans ses retours, pour cesser enfin complètement ; d'autres fois elle persiste un certain temps ; dans un grand nombre de cas, enfin, elle cesse pour reparaître à des intervalles plus ou moins éloignés, et par ces retours irréguliers, elle se prolonge des mois et même des années. C'est ainsi que nous avons vu, dans les salles de M. Biett, plusieurs exemples d'urticaires chroniques qui avaient plus d'un an de durée.

Suivant sa forme, sa marche et ses symptômes, Willan a divisé l'urticaire en plusieurs variétés. Elles ont été admises par M. Biett, qui toutefois les a réduites pour la description aux trois suivantes :

1° L'*urticaria febrilis* (fièvre ortiée proprement dite). L'éruption est précédée pendant quelques jours de céphu-

lalgie, de nausées, de lipothymies; de douleurs épigastriques et d'anxiété : elle est accompagnée de légères horripilations : elle débute par un prurit général avec une sensation de chaleur sur toute la surface du corps; bientôt il survient, surtout aux épaules, aux lombes, à la face interne des avant-bras, aux cuisses et autour des genoux, des élévations rouges ou blanchâtres, entourées d'une auréole d'un rouge vif ou cramoisi. Elles sont proéminentes, quelquefois circulaires, mais le plus souvent irrégulières; leur bord est dur, leur étendue variable : quelquefois très-nombreuses et comme confluentes, elles se réunissent dans plusieurs endroits : les membres semblent alors comme tuméfiés, et la peau offre une teinte rouge presque générale (*urticaria conferta*, Willan). Une démangeaison et un sentiment de fourmillement des plus incommodes accompagnent l'éruption, et laissent peu de repos au malade. Le prurit est surtout augmenté par la chaleur du lit. L'éruption ne persiste pas pendant toute la durée de la maladie, qui est de sept ou huit jours, y compris la période d'invasion; elle paraît et disparaît irrégulièrement sur presque toutes les parties du corps, et son retour qui a surtout lieu le soir, est accompagné d'une légère accélération du pouls. Le malade peut même en se grattant, la faire revenir à volonté sur divers points. La durée individuelle des plaques varie elle-même de quatre, cinq ou six minutes, jusqu'à une, deux ou trois heures. Dans quelques cas, plus rares, les plaques ont plus de durée (*urticaria perstans*, Willan). Elles peuvent rester un, deux ou trois septénaires. Les symptômes qui prédominent, pendant le cours de la maladie, sont de l'abattement, de l'anorexie, de la fièvre, et une irritation gastrique plus ou moins prononcée. Ces symptômes disparaissent peu à peu, l'éruption devient insensiblement

moindre, bientôt les retours ne constituent plus qu'un léger prurit ; enfin elle cesse entièrement, et quelquefois, lorsque l'exanthème a été très-prononcé et très-général, il se fait une légère desquammation.

Quelquefois cette variété présente tous les symptômes d'une fièvre intermittente ; nous l'avons vue revenir par accès réguliers, et disparaître complètement avec la fièvre, pour reparaître le lendemain avec elle. Dans ce cas, l'éruption n'était-elle qu'un épiphénomène, ou constituait-elle la maladie principale ? Il serait difficile de résoudre la question ; mais, ce qu'il y a de positif, c'est que nous l'avons vue plusieurs fois, dans ces circonstances, céder, avec la fièvre, à des moyens antipyrétiques seulement, au sulfate de quinine, par exemple. Souvent alors, elle semble s'être développée sous l'influence d'un état pathologique du foie, et quelquefois nous avons vu les plaques d'urticaire présenter une teinte ictérique bien prononcée et bien remarquable. Dans ces cas, la démangeaison était insupportable.

C'est à cette variété que se rapporte l'urticaire produite par l'ingestion des diverses substances mentionnées. Alors, elle peut se développer au bout de quelques heures ; mais en général c'est le lendemain qu'on l'observe.

Le plus ordinairement le malade éprouve, une ou deux heures après l'ingestion de ces alimens, des pesanteurs à l'épigastre, des vertiges, des nausées, un abattement général ; bientôt la peau devient chaude et l'éruption paraît. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été décrits plus haut, seulement ils sont souvent accompagnés de vomissemens, de déjections alvines ; l'éruption est bien plus générale, et c'est alors surtout que les plaques deviennent confluentes, qu'il y a du gonflement, de la roideur ; souvent la face est fortement tuméfiée, le

prurit insupportable. Dans quelques cas, l'urticaire est compliquée de taches érythémateuses souvent fort étendues. Enfin, cette variété, qui en général diminue d'intensité au bout de trente-six à quarante-huit heures, et ne tarde pas alors à disparaître en laissant seulement, pendant quelques jours encore, de légères traces sur la peau; dans quelques circonstances fort rares, peut se terminer par la mort. Mais on conçoit qu'il faudrait bien moins, dans ce cas, l'attribuer à la violence de l'urticaire qu'à l'action délétère de la substance ingérée.

2° L'*urticaria evanida* suit une marche tout-à-fait chronique. L'éruption paraît à des époques irrégulières, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; mais souvent elle affecte spécialement une seule région. Elle n'est pas accompagnée de fièvre, et disparaît en général au bout de quelques heures. C'est surtout dans cette variété que les plaques, rarement arrondies, sont irrégulières, et ressemblent assez bien à celles qui seraient le résultat de flagellations. Elles ne sont accompagnées d'aucune auréole érythémateuse, et ne présentent d'autres symptômes qu'une démangeaison souvent très-vive. L'*urticaria evanida* dure ordinairement plusieurs mois, et même on la voit assez souvent persister des années entières. M. Biett l'a vue se prolonger sept ans. C'est elle que l'on observe surtout chez les femmes et chez les personnes douées d'une grande susceptibilité de la peau. Enfin elle est souvent rebelle aux moyens de traitement les plus rationnels, et, dans une foule de cas, elle paraît étroitement liée avec une altération des organes digestifs, et surtout de l'estomac. Toutefois rien n'est plus fréquent que de voir cette maladie chez des personnes qui jouissent d'une parfaite santé.

Dans quelques circonstances, les démangeaisons sont remplacées par une sensation de picotement sous-cutané, très-

aigu, semblable à celui que déterminerait une aiguille enfoncée dans la peau (*urticaria subcutanea*, Willan). Cette douleur, seul symptôme appréciable, n'est accompagnée d'aucune éruption, excepté de quelques points rouges, peu élevés; et ce n'est qu'à des intervalles fort éloignés qu'il apparaît quelques plaques. L'*urticaire* qui se présente avec ces caractères paraît être spécialement produite par des affections morales vives, ou par un changement brusque de température. Elle est d'ailleurs très-rare. M. Biett ne l'a rencontrée que deux fois.

3° *Urticaria tuberosa*. Dans cette dernière variété, très-rare aussi, l'urticaire se présente avec beaucoup plus de gravité. Ce ne sont plus seulement des plaques un peu proéminentes, mais bien de véritables tubérosités plus ou moins étendues, profondes, dures, accompagnées de gêne dans les mouvemens, de douleur et de tension très-vives. Elle apparaît surtout le soir et la nuit; le lendemain elle a entièrement disparu, laissant le malade abattu, faible, languissant, inquiet, et se plaignant de lassitudes générales. Elle occupe surtout les membres et la région des lombes. Quelquefois elle se présente avec des symptômes bien plus graves encore. Ainsi, à l'hôpital Saint-Louis, chez un malade couché dans les salles de M. Biett, nous l'avons vue accompagner une fièvre intermittente quotidienne, et, durant depuis quatre ans, déterminer, par suite de gonflemens et de distensions extrêmes, des ecchymoses, des ruptures, des ulcérations: nous l'avons vue, dans maint accès, occasioner une tuméfaction générale, quelquefois telle, que le malade avait de véritables attaques de suffocation; les mouvemens de la poitrine étaient peu étendus, la respiration était courte, le col gonflé, la face bouffie et violacée, les battemens de cœur intermittens, quelquefois même insensibles; et la mort, qui

semblait imminente, n'a été prévenue plusieurs fois que par de larges saignées. Ce malade, qui avait parcouru plusieurs hôpitaux, et chez lesquels tous les moyens avaient échoué, fut guéri par la solution de Fowler (1).

L'urticaria tuberosa paraît être surtout produite par des excès de régime, par l'abus des boissons spiritueuses. Sa durée, qui, comme on vient de le voir, peut être de plusieurs années, est ordinairement de plusieurs mois.

Diagnostic. La forme et l'élévation des plaques, la présence des démangeaisons, et le caractère fugace de l'éruption, sont des signes assez caractéristiques pour empêcher de confondre l'urticaire avec aucun autre exanthème.

Dans le lichen urticans, qui pourrait en imposer pour quelques cas d'urticaire, les papules sont arrondies, bien moins étendues, moins saillantes; leur teinte est plus foncée; elles sont plus résistantes sous le doigt; elle ne disparaissent jamais spontanément, et enfin elles présentent toujours aux environs les élémens propres du lichen, de véritables papules, qu'il suffit d'avoir vues une seule fois pour ne jamais les confondre avec les plaques de l'urticaire.

L'urticaria tuberosa pourrait, dans quelques circonstances, être confondue avec l'*erythema nodosum*. La marche aiguë, continue et persistante de l'érythème suffira, dans tous les cas, pour le distinguer de cette variété grave de l'urticaire, qui se présente avec des caractères tout-à-fait opposés.

L'urticaire existe quelquefois chez le même individu avec d'autres éruptions, avec l'*érythème*, souvent avec la *roséole*, quelquefois avec l'*impetigo* et le *lichen*.

Prognostic. L'urticaire n'offre en général aucun dan-

(1) L'observation détaillée a été insérée dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, numéro d'octobre 1827, page 62, dans les *Bulletins de l'Athénée.*

ger par elle-même. L'*urticaria tuberosa* pourrait seule, dans quelques cas, devenir grave; mais elle constitue toujours une maladie pénible et fâcheuse par ses démangeaisons et sa durée opiniâtre.

Traitement. L'urticaire, qui est le résultat des causes directes, ne réclame le plus souvent aucun traitement. Des applications locales acidules, un bain ou deux tièdes, des limonades légères, seraient les seuls moyens à employer, si l'éruption ne disparaissait pas promptement. Des lotions avec l'acétate de plomb liquide, étendu d'eau, avec une dissolution de sous-carbonate de potasse, ou même des bains entiers, rendus alcalins par l'addition de ce sel, sont quelquefois nécessaires pour calmer les démangeaisons très-vives, surtout lorsque l'éruption a été produite par le contract de certaines chenilles. L'urticaire fébrile simple cède facilement à un régime sévère, à des boissons rafraîchissantes, et à quelques bains tièdes. Quelques purgatifs sont souvent utiles. Mais lorsqu'elle est le résultat de l'ingestion de certains alimens, il faut se hâter d'en provoquer le vomissement, s'il n'a pas déjà eu lieu. Ensuite on donnera une boisson fortement acidulée (eau d'orge avec un gros d'acide sulfurique ou nitrique par pinte), de l'eau sucrée, et, chaque demi-heure, de trente à quarante gouttes d'éther sur un morceau de sucre.

L'urticaire chronique est bien plus difficile à déraciner; on devra surtout insister sur le régime, en ayant soin de supprimer tout ce qui paraît exercer quelque influence sur le développement de l'éruption. Dans quelques cas il est bon de changer entièrement les habitudes du malade. Quelques émissions sanguines, générales, ou par l'application de quelques sangsues à l'anus, pourraient être fort utiles chez des jeunes gens pléthoriques et chez les femmes mal réglées. Les bains tièdes simples quand la

maladie dure long-temps, produisent un résultat moins avantageux que les bains alcalins, ou les bains de vapeur, ou même les douches de vapeur, quand l'éruption affecte une partie de prédilection. Des boissons acidulées, de légers laxatifs sont les moyens qu'il convient le mieux, dans la plupart des cas, d'adjoindre aux précédens. Lorsque l'urticaire accompagne une fièvre intermittente, il faut combattre cette dernière affection par une médication convenable. C'est ainsi que l'on obtient quelquefois beaucoup de succès du sulfate de quinine; les accès fébriles cessent, et le plus souvent avec eux disparaît l'éruption. Enfin si le quinquina avait échoué, et si l'urticaire intermittente se présentait avec les symptômes graves dont nous avons parlé, nous avons vu plus haut, qu'on pourrait avoir recours à la solution de Fowler, avec des chances de succès.

VÉSICULES (1).

(*Vesiculæ.*)

Les maladies rangées dans cet ordre, sont caractérisées par des petits soulèvemens de l'épiderme, formés par la collection d'un liquide séreux et transparent. Ces soulèvemens ont reçu le nom de vésicules. Quelquefois les vésicules finissent par perdre leur transparence et prendre une teinte jaunâtre. La sérosité peut être resorbée; le plus souvent elle s'épanche à la surface de la peau, où elle forme tantôt des squammes blanchâtres, tantôt des croûtes minces, jaunâtres et lamelleuses.

Ces maladies peuvent affecter une marche différente; les unes sont essentiellement aiguës : la *varicelle*, la *mi-*

(1) Voy. la planche (n° 2.).

liaire. Les autres se présentent quelquefois à l'état aigu, mais le plus souvent leur marche est chronique : l'*eczema*, l'*herpes*, la *gale*.

Leur *durée* varie depuis quelques jours seulement jusqu'à un, deux septénaires, des mois, quelquefois même des années.

Symptômes. Quelquefois précédées, dans leur apparition, de symptômes généraux, comme dans les espèces essentiellement aiguës, les vésicules succèdent à des surfaces rouges, plus ou moins larges, souvent presque imperceptibles, au centre desquelles l'épiderme ne tarde pas à se soulever. Quelquefois, au contraire, elles se développent sans être précédées, ni accompagnées d'autres symptômes, que d'un prurit plus ou moins incommode.

Dans leur marche, tantôt les vésicules reposent sur une surface rouge et enflammée, tantôt elles ne présentent pas la plus légère auréole inflammatoire.

Tantôt elles sont petites, acuminées ou globuleuses ; tantôt plus larges, saillantes et irrégulières, ou bien aplaties. Elles sont, dans certains cas, discrètes ; dans d'autres, elles sont agglomérées, et forment de larges surfaces qui semblent hérissées, pour ainsi dire, d'une foule innombrable de petits points blancs, argentés.

Quant à la forme, le plus souvent elles couvrent des surfaces irrégulièrement circonscrites, d'une étendue variable; quelquefois elles forment des bandes plus ou moins larges, en demi-ceintures ; ou bien ce sont des anneaux réguliers.

Siége. Les affections vésiculeuses peuvent attaquer toutes les parties du corps ; souvent elles le couvrent en entier, ce qui a lieu pour les espèces aiguës, la *varicelle*, la *miliaire*, et quelquefois l'*eczema* ; la *gale* même peut, dans certains cas, affecter simultanément presque toute l'enveloppe cutanée. Cependant, en général, l'*eczema*,

l'*herpes* et la *gale* sont bornés à une ou plusieurs régions, et n'occupent souvent qu'un point très-circonscrit.

Causes. Parmi les affections vésiculeuses, la gale seule est contagieuse; les autres résultent d'un trouble inappréciable de l'économie, et peuvent se développer, dans quelques cas, sous l'influence d'une cause extérieure.

Diagnostic. La présence de vésicules, indépendamment des symptômes caractéristiques qui appartiennent à chaque espèce, suffira presque toujours pour empêcher toute méprise dans le diagnostic; et, bien que, dans quelques cas, certaines affections vésiculeuses semblent, au premier coup d'œil, pouvoir être facilement confondues avec des inflammations pustuleuses, il existe cependant entre elles une ligne de démarcation bien tranchée, si l'on considère que les unes commencent toujours par des vésicules, et que, si elles perdent quelquefois leur transparence, jamais elles ne contiennent qu'un liquide séro-purulent, qu'elles sont constamment accompagnées de vésicules transparentes, et qu'enfin, en se concrétant, le liquide séro-purulent ne donne jamais lieu qu'à des squammes, tandis que les autres débutent toujours par de petites collections véritablement purulentes, accompagnées d'une inflammation plus profonde, et donnent lieu, non pas à des squammes, mais à des croûtes épaisses, etc.

Prognostic. Les affections vésiculeuses sont en général peu graves; quelques unes d'entre elles (l'*eczema aigu*, par exemple) pourraient quelquefois le devenir par leur étendue.

Elles peuvent se terminer par résolution : le liquide qui soulève l'épiderme est résorbé, et il s'établit une légère desquammation; c'est la terminaison de la *miliaire* et quelquefois celle de l'*eczema*. D'autres fois le fluide se concrète, et il se forme des croûtes lamelleuses, jaunâtres. C'est

ce qu'on observe dans l'*eczema* et dans l'*herpes*. Dans d'autres cas, le liquide est épanché sur une surface enflammée, qui s'excorie, et exhale une sérosité plus ou moins abondante (*eczema chronique*). Quelquefois, enfin, il se forme de véritables ulcérations (zona).

Traitement. Les affections vésiculeuses ne réclament en général qu'un traitement fort simple. Les antiphlogistiques sont les meilleurs moyens à opposer à celles qui suivent une marche aiguë. Quant à celles qui sont chroniques, elles exigent quelquefois une médication spéciale et souvent une médication très-active, à laquelle, du reste, elles peuvent résister quelquefois fort long-temps.

LA MILIAIRE.

(*Sudamina. — Febris miliaris.*)

La miliaire est caractérisée par l'éruption de vésicules du volume d'un grain de millet, répandues en nombre variable sur une surface plus ou moins étendue, et qui presque toujours accompagnent quelque autre affection beaucoup plus grave.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége de ces vésicules ; mais on les observe principalement sur le tronc, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure. Du reste, elles se développent aussi sur les membres, mais moins souvent à la face. Presque toujours l'éruption est bornée à des surfaces plus ou moins étendues ; rarement elle occupe tout le corps.

Causes. L'apparition de la miliaire coïncide toujours avec une excitation plus ou moins vive de l'enveloppe tégumentaire, et avec des sueurs plus ou moins abondantes. Elle survient, comme symptôme concomitant, dans une

foule d'affections gastro-intestinales, et son développement coïncide ordinairement avec les paroxysmes. On l'observe fréquemment dans les fièvres puerpérales, surtout lorsque plusieurs séreuses sont simultanément affectées. Elle accompagne aussi la suette, certains cas de rhumatisme, et quelquefois la scarlatine. Dans quelques épidémies de gastro-entérites, on a observé la miliaire comme un des symptômes constans.

Ordinairement la miliaire peut être regardée comme symptomatique d'une maladie beaucoup plus grave ; mais il existe des cas où elle est, pour ainsi dire, idiopathique, lorsqu'elle se développe par exemple chez des personnes en bonne santé, à la suite d'un violent exercice, pendant les grandes chaleurs de l'été.

La miliaire alors est accompagnée d'un sentiment de chaleur et de prurit fort incommodes ; le nombre des vésicules est quelquefois très-considérable, mais l'éruption est éphémère, et tout rentre dans l'ordre, dans l'espace de vingt-quatre heures.

La miliaire symptomatique peut se développer dans toutes les périodes des maladies qu'elle accompagne et même se montrer une ou plusieurs fois pendant leur durée.

Symptômes. Elle n'est précédée d'aucun symptôme particulier, si ce n'est d'une exacerbation de la maladie principale. En général, l'apparition des vésicules est accompagnée de sueurs plus ou moins abondantes et d'un sentiment de chaleur et de prurit fort incommode là où elles se montrent. Les vésicules sont rarement confluentes, mais elles forment souvent des plaques d'un étendue variable, où elles sont groupées ensemble et plus ou moins rapprochées. Leur nombre est fort variable ; quelquefois une grande partie du corps en est couverte ; d'autres fois on n'en rencontre que çà et là.

Les vésicules, d'abord fort petites et transparentes, sont souvent développées sur une surface d'un rouge vif, et cette teinte est alors très-visible à travers les vésicules (*Miliaria rubra*). Dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures, les vésicules ont augmenté de volume, et renferment alors un fluide laiteux qui leur donne un aspect perlé (*Mil. alba*). Ceci est surtout frappant dans la scarlatine, lorsqu'un grand nombre de ces vésicules recouvrent de larges surfaces d'un rouge framboisé; elles sont flasques au toucher et disparaissent promptement, soit par la résorption du fluide contenu, soit par son épanchement au dehors. Tantôt la miliaire cesse lors de la dessication des vésicules, tantôt des éruptions successives en prolongent la durée pendant un ou deux septénaires.

Dans certains cas d'entéro-colites graves, accompagnées d'affaissement général, les éruptions miliaires qui se développent souvent, pendant la nuit, dans les paroxysmes, offrent le lendemain un état purement vésiculeux; et la peau qu'elles recouvrent ne présente aucune rougeur insolite; on dirait qu'une foule de petites gouttelettes d'une eau limpide ont été répandues à sa surface. Ces vésicules disparaissent dans l'espace de vingt-quatre heures environ, et il se fait une petite exfoliation épidermique sur les points qu'elles occupaient.

L'*eczema* est la seule maladie avec laquelle on puisse confondre la miliaire; elle en diffère par les circonstances dans lesquelles son apparition a lieu, par sa marche rapide et sa courte durée. D'ailleurs, dans l'eczema les vésicules sont très-confluentes; on les trouve en foule innombrable, agglomérées dans un espace très-circonscrit; tandis que dans la miliaire les vésicules, presque toujours isolées, sont plus volumineuses que les vésicules de l'eczema.

Le prognostic des *sudamina* n'est point grave : il est relatif à l'intensité de la maladie qu'ils accompagnent, et l'apparition de cette éruption annonce ordinairement une vive excitation générale, sans que l'on doive la regarder comme fâcheuse en elle-même.

La miliaire ne demande aucun traitement, c'est l'affection générale qu'il faut combattre, et l'on peut avancer que, dans la plupart des cas, c'est le traitement antiphlogistique qu'il convient de mettre en usage.

VARICELLE.

(*Varicella.* — Petite vérole volante.)

La varicelle est une maladie non contagieuse, caractérisée par une éruption de vésicules plus ou moins nombreuses, dont l'apparition est précédée et accompagnée de symptômes généraux, et dont la dessication arrive du cinquième au huitième jour.

Il s'est élevé, dans ces derniers temps, à l'égard de la varicelle, des questions d'une grande importance, et il nous semble nécessaire, avant de donner la description de cette maladie, d'entrer dans quelques détails sur ce sujet.

Le nom de varicelle, ou petite vérole volante, avait été donné, dans le principe, à des affections légères et purement vésiculeuses, pour les distinguer de la variole proprement dite, avec laquelle on leur trouvait une grande ressemblance, et dont on les regardait comme des variétés. Plus tard, on sépara entièrement ces maladies, tant sous le point de vue des symptômes que pour les causes. Jamais, disait-on, les symptômes de la varicelle ne sont ceux de la variole; jamais la cause de la va-

riole n'est celle de la varicelle. Des différences aussi grandes suffisaient pour tracer entre ces deux affections une ligne de démarcation bien tranchée, et, d'après ceux qui établissaient ces distinctions, rien n'était, en effet, plus facile que de différencier ces maladies l'une de l'autre. Cependant l'expérience n'a point démontré la vérité de ces assertions; car nous voyons, dans les longs débats sur la variole inoculée, des praticiens très-habiles donner le nom de varicelle à des affections, qui, selon d'autres, étaient de véritables varioles. Loin d'être décidées par la découverte de la vaccine, ces dissensions sur la nature de la varicelle devinrent encore plus grandes, et même de nos jours, l'opinion des praticiens n'est généralement pas fixée sur cette question si importante.

Parmi les auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale de cette matière, les uns, MM. Thomson, Bérard et Delavie, etc., soutiennent que la varicelle ne doit pas être distinguée de la variole, dont elle n'est qu'une variété; car, suivant eux, la cause des deux maladies serait la même. Les autres, MM. Luders, Abercromby, Bryce, etc., tout en admettant que certaines affections varioliques ont été qualifiées à tort du nom de varicelle, maintiennent que cette dernière doit être, en effet, distinguée de la variole, et qu'elle constitue une affection distincte, tant par la nature de ses symptômes que par celle de sa cause.

Passons rapidement en revue les faits et les raisonnemens avancés par ces auteurs en faveur de leur opinion. Nous indiquerons ensuite la raison qui nous a engagés à décrire encore la varicelle comme une maladie distincte de la variole.

M. Thomson ayant observé que, pendant des épidémies varioliques, des éruptions vésiculeuses, tout-à-fait sem-

blables à la varicelle, se développaient simultanément et sous l'influence des mêmes causes que la variole, soit chez des personnes vaccinées, soit chez des individus qui déjà avaient eu la variole, fut naturellement conduit à penser que ces éruptions ayant une même cause, devaient être regardées comme des variétés d'une même maladie.

Dans ces épidémies, comme dans celles que nous avons eu occasion d'observer, il y a quelques années, à Paris, on pouvait diviser en trois groupes les diverses éruptions : 1° la variole proprement dite; 2° la maladie dite *varioloïde*, ou variole modifiée; 3° une éruption purement vésiculeuse, offrant toutes les apparences de la varicelle.

Une seule cause, la contagion variolique, semblait développer ces diverses éruptions; on les observait dans les mêmes quartiers, dans les mêmes rues et dans les mêmes maisons. La maladie venait-elle à se montrer dans une famille nombreuse, les uns étaient atteints de la variole, quelques uns de la varioloïde, et les autres de la varicelle. Une chose qui était frappante pour tout le monde, c'était la bénignité de la maladie chez les personnes vaccinées et chez la plupart de celles qui avaient déjà eu la variole; l'éruption chez ces individus offrait tous les caractères de la *varioloïde*, nom qu'on lui donnait à cause de sa grande ressemblance avec la variole, et M. Thomson n'eût aucune difficulté à prouver que ce n'était autre chose que la variole elle-même, modifiée par l'influence qu'avait exercée sur la constitution, soit une vaccination, soit une variole antérieure.

Mais le professeur d'Edimbourg alla encore plus loin, et il avança que la varicelle même n'était autre chose qu'une variole modifiée, se basant :

1° Sur ce que, d'un côté, des personnes mises en contact avec d'autres individus actuellement affectés de la varicelle

avaient contracté la variole, et que, de l'autre, la contagion de cette dernière affection avait développé la varicelle;

2° Sur ce qu'il n'existe jamais d'épidémie de variole sans varicelle, et *vice versâ;*

3° Et enfin sur ce que la varicelle ne se développe que chez des individus dont la constitution a été modifiée par l'existence antérieure soit de la vaccine, soit de la variole.

Cette opinion de M. Thomson est loin d'être généralement adoptée. Elle a même été combattue par des médecins qui partagent, du reste, entièrement son avis sur la nature variolique des éruptions pustuleuses observées pendant les épidémies de varioles, et désignées sous le nom de *varioloïdes.*

En réponse aux argumens avancés par M. Thomson en faveur de son opinion, ils font observer :

1° Que dans une épidémie de variole, il est très-difficile de préciser si le développement de cette affection chez des individus mis en contact avec d'autres qui sont atteints de la varicelle, est plutôt le résultat de cette communication, que de l'infection variolique qui développe alors la maladie de tous les côtés;

2° Que la varicelle vésiculeuse proprement dite ne se transmet pas par inoculation, et ne développe jamais la variole;

3° Que les personnes qui regardent la varicelle comme contagieuse ont confondu cette affection avec la *varioloïde* ou variole modifiée;

4° Que la varicelle se développe chez des personnes non vaccinées et qui n'ont jamais eu la variole, où par conséquent on ne peut en aucune manière la regarder comme une variole modifiée par l'existence antérieure, soit de cette maladie, soit de la vaccine;

5° Que la vaccination, pratiquée peu de temps après la disparition de la varicelle, poursuit sa marche de la manière la plus régulière, ce qui n'arrive jamais lorsqu'on vaccine après la variole;

6° Que la marche de la varicelle est toujours la même, soit qu'elle se développe avant, soit qu'elle se montre après la vaccination ou après la variole;

7° Que la variole règne souvent épidémiquement sans être accompagnée de la varicelle, et que, d'un autre côté, cette dernière affection peut aussi régner d'une manière épidémique sans être accompagnée de la première.

Enfin que les caractères de l'éruption et les symptômes de la varicelle diffèrent essentiellement de ceux de la variole.

Ces objections ont été combattues par M. Thomson; mais la question reste encore indécise, aussi nous paraît-il indispensable de suivre encore la route déjà tracée, et de décrire encore la varicelle parmi les vésicules et comme une affection distincte de la variole.

La varicelle, comme nous avons dit, est une affection caractérisée par une éruption de vésicules plus ou moins nombreuses, offrant un certain volume, et qui se dessèchent dans l'espace de cinq à dix jours. D'abord transparentes, ces vésicules deviennent ensuite opaques. Leur apparition est précédée et accompagnée de symptômes généraux : elles sont discrètes et envahissent le plus souvent tout le corps, mais par des éruptions successives.

On distingue deux variétés de varicelle : dans l'une, les vésicules petites, peu élevées, contiennent un fluide limpide et incolore; dans l'autre, les vésicules sont grandes, globuleuses, molles, plus larges à leur corps qu'à

leur base. D'abord transparent, le fluide contenu se trouble bientôt et prend une teinte laiteuse.

De ces varicelles, la première est connue des auteurs anglais sous le nom de *chicken-pox*, et la seconde sous celui de *swine-pox.*

Toutes deux peuvent se développer chez le même individu à des époques différentes, et offrent les mêmes symptômes, soit qu'elles se montrent avant, soit qu'elles aient lieu après la vaccine ou la variole. La varicelle règne souvent conjointement avec une épidémie variolique. D'après quelques auteurs, on aurait observé des épidémies où la varicelle seule aurait régné. Elle se développe principalement dans les premiers mois de l'année et au printemps. Ordinairement, le même individu n'en est affecté qu'une fois dans sa vie, quoique cependant elle puisse l'atteindre plusieurs fois. On l'observe surtout chez les jeunes sujets, bien qu'elle puisse affecter les adultes.

La varicelle est précédée, pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, d'abattement, de malaise général, de soif, d'anorexie et de constipation. Il y a souvent des nausées, quelquefois des vomissemens et des douleurs épigastriques; la peau est chaude, la face injectée, le pouls accéléré : il y a tendance à la sueur. Ces symptômes, plus ou moins intenses, peuvent être très-légers. En général ils ne cessent pas lors de l'éruption, mais ils persistent pendant deux à trois jours. L'éruption commence ordinairement sur le tronc, cependant quelquefois à la face, et continue à se faire pendant plusieurs jours d'une manière successive.

Dans la varicelle à petites vésicules (*chicken-pox* des Anglais), on observe dès le premier jour de petites élévations rouges, irrégulièrement circulaires, au centre desquelles pointille aussitôt une petite vésicule transparente.

Ces vésicules augmentent de volume pendant deux à trois jours; les unes sont acuminées, les autres sont aplaties. Le second ou troisième jour, le fluide qu'elles renferment, de transparent qu'il était, devient lactescent; le malade éprouve beaucoup de démangeaisons; les vésicules deviennent flasques et paraissent affaissées. Le quatrième jour, une auréole rouge en entoure quelques unes. Vers le cinquième, la dessication commence; et, dès le sixième, elles sont remplacées par de petites écailles brunâtres. Ces petites croûtes minces se dessèchent de la circonférence vers le centre, et tombent le neuvième ou dixième jour. Comme des éruptions successives de vésicules ont lieu pendant deux à trois jours, on trouve à la fois, chez le même individu, les diverses périodes de l'éruption, et la durée de la maladie est prolongée jusqu'au onzième ou douzième jour.

La varicelle à vésicules globuleuses (*swine-pox* des Anglais) est précédée des mêmes symptômes et se développe de la même manière. Les points rouges sont promptement remplacés par de larges vésicules renfermant un fluide transparent, qui devient trouble dès le second jour de l'éruption. Les vésicules ont alors acquis leur plus grand volume: elles sont molles et flasques au toucher, leur couleur est d'un blanc perlé, et leur circonférence dépasse leur base, qui est entourée d'une auréole inflammatoire. Dès le troisième jour, les vésicules s'affaissent; elles sont ridées; le fluide contenu s'épaissit et prend une teinte jaunâtre.

Comme il existe en même temps beaucoup de démangeaisons, il arrive souvent que les enfans ouvrent les vésicules en se grattant, d'où il résulte un surcroît d'inflammation dans ces points, avec formation d'un pus jaunâtre et plus ou moins épais. C'est en particulier à la face que

les choses se passent ainsi. Les croûtes qui remplacent ces pustules persistent plus long-temps et laissent de petites cicatricules. Le même phénomène peut également avoir lieu dans la variété précédente.

Les vésicules, après s'être affaissées, s'ouvrent avant la fin du quatrième jour, et sont remplacées par de petites croûtes lamelleuses, brunâtres. Ces croûtes se dessèchent de la circonférence au centre, et tombent dans l'espace de quatre à cinq jours, en laissant de petites surfaces rouges qui disparaissent peu à peu.

Comme les vésicules se montrent d'une manière successive pendant deux ou trois jours, on trouve à la fois, et chez le même individu, l'éruption aux divers degrés.

Diagnostic.— Il est très-facile de distinguer la varicelle de la variole franche, même discrète, à cause de la marche régulière et du développement graduel des pustules varioliques, qui renferment d'ailleurs une matière blanchâtre, épaisse, comme couenneuse, dont le développement précède la suppuration, et qui a été indiqué, il y a fort long-temps, par Ashburner, médecin anglais. Mais il n'est pas aussi facile de distinguer la varicelle, de la variole modifiée.

Dans cette dernière affection, les symptômes précurseurs offrent en général une grande intensité; ce qui n'arrive jamais pour la varicelle. Dans la variole modifiée, l'éruption est pustuleuse. Les pustules sont petites, circulaires, et le plus souvent déprimées au centre. Fréquemment, après la chute des petites croûtes écailleuses, on trouve de petits tubercules qui disparaissent lentement. Dans la varicelle, les vésicules, d'abord transparentes, renferment ensuite un fluide séro-purulent; jamais elles ne sont remplacées par de petits tubercules, comme la variole modifiée. Nous ajouterons que la varicelle n'est pas contagieuse; tandis que la variole modifiée peut se trans-

mettre par inoculation, et même, dans certains cas, développer une variole assez intense.

Le traitement de la varicelle est fort simple : un air tempéré, des boissons tièdes, le séjour au lit, sont les seuls soins que réclame cette maladie, même dans les cas les plus graves.

ECZEMA.

Le mot eczema vient du grec ἐκζέω, *effervesco*. Willan l'a adopté pour désigner un des genres des affections vésiculeuses.

Ce genre est caractérisé par des vésicules ordinairement très-petites, agglomérées en grand nombre, et occupant le plus souvent des surfaces très-larges, non circonscrites et irrégulières.

L'eczema peut présenter des aspects tout-à-fait différens, suivant qu'il existe à tel ou tel état ; ce qui sans doute a engagé Willan à diviser l'eczema en *solare*, *impetiginodes* et *rubrum*. M. Biett, dans ses leçons cliniques, le divise depuis long-temps en eczema aigu et en eczema chronique. C'est cette méthode que nous avons adoptée.

Dans l'*eczema aigu*, nous rangeons : 1° l'*eczema simplex* qui constitue une variété bien distincte par sa marche lente, mais bien différente de celle de l'eczema chronique qui succède à l'eczema aigu ; 2° l'*eczema rubrum* ; et 3° l'*eczema impetiginodes*.

1° *Eczema simplex*. Cette variété se présente sous la forme de vésicules extrêmement petites, très-rapprochées les unes des autres, et développées, sans la moindre auréole inflammatoire, sur une surface dont la couleur ne diffère pas de celle de la peau environnante.

L'eczema simplex apparaît sans le moindre symptôme précurseur : le malade sent un léger prurit, et il est très-

surpris de voir une éruption plus ou moins étendue. Les vésicules qui la constituent sont en grand nombre, très-agglomérées, transparentes, petites, indolentes; elles présentent un aspect brillant; la petite gouttelette de sérosité qu'elles contiennent se trouble et prend une teinte laiteuse; bientôt le liquide est resorbé, la vésicule se flétrit et tombe par une desquammation insensible, ou bien elle s'ouvre, et il se forme un petit disque squammeux extrêmement mince, qui ne tarde point à se détacher. Dans aucun cas, l'éruption ne donne lieu à ces surfaces enflammées, à cette exhalation de sérosité, et à ce renouvellement de squammes que l'on observe dans les autres variétés; elle ne laisse pas la plus petite trace.

Ces diverses périodes ont lieu d'une manière lente, et la maladie se prolonge habituellement par des éruptions successives; ce qui fait que sa durée, qui varie ordinairement de un à deux ou trois septénaires, peut aller quelquefois bien au-delà.

L'eczema simplex peut être général; mais le plus souvent il est borné à une surface plus ou moins étendue. On l'observe entre autres assez fréquemment au bras, à l'avant-bras; il se montre surtout dans l'intervalle des doigts, où quelquefois, fixé exclusivement, il peut très-bien en imposer pour la gale. Il n'est d'ailleurs accompagné d'autres symptômes que d'une démangeaison quelquefois très-vive, surtout quand l'éruption est générale.

Cette variété de l'eczema se manifeste le plus souvent chez les jeunes gens, et surtout chez les femmes. On la voit fréquemment se développer à la suite d'applications, de frictions et de lotions irritantes. C'est cette éruption que déterminent le plus souvent les remèdes vendus par des charlatans pour faire sortir la gale. Nous l'avons observée plusieurs fois chez des individus obligés, par pro-

fession, de demeurer toute la journée auprès d'un fourneau ou d'un foyer ardent. Enfin elle est quelquefois le résultat de causes peu appréciables : c'est ainsi qu'elle paraît souvent dans l'intervalle des doigts chez des femmes en couches, etc.

L'*eczema simplex* est une maladie légère qui n'est jamais accompagnée de symptômes généraux : il complique très-souvent la gale, produit ordinairement par les moyens employés pour la combattre ; il existe quelquefois avec le lichen.

2°. L'eczema se montre dans la plupart des cas avec une accuité plus grande, qui présente deux degrés bien distincts.

Premier degré (*eczema rubrum*). Ici l'éruption est ordinairement précédée et toujours accompagnée d'une chaleur et d'une tension bien marquée : la peau est enflammée, elle présente une teinte d'un rouge vif ; si on l'examine de près, on voit qu'elle est hérissée pour ainsi dire de petits points saillans, comme argentés. Plus tard on distingue de véritables vésicules, qui bientôt, ayant acquis leur entier développement, apparaissent sous la forme et avec la grosseur d'une petite tête d'épingle, transparentes et entourées d'une auréole inflammatoire très-prononcée.

Du sixième au huitième jour, quelquefois avant, la rougeur diminue, le fluide résorbé a disparu, les vésicules se sont flétries, et la maladie se termine par une exfoliation légère, produite par les débris des vésicules. L'éruption examinée à cette époque, présente encore des caractères tranchés ; on aperçoit une surface d'une teinte rougeâtre (teinte qui persiste encore quelques jours après la guérison), parsemée de petits points arrondis, entourés exactement d'un liseret blanchâtre, irrégulièrement découpé, qui indique la ligne de démarcation entre

le soulèvement de l'épiderme qui formait la vésicule et l'auréole qui entourait sa base.

Quelquefois l'*eczema rubrum* ne se termine pas d'une manière aussi simple : l'inflammation, au lieu de diminuer, persiste, ou même augmente dans certains cas; les vésicules, devenues confluentes, se brisent et laissent échapper le fluide qu'elles renfermaient, et qui, de transparent qu'il était, a pris ordinairement une teinte laiteuse. Ce fluide s'écoule sur une surface déjà enflammée, l'irrite davantage, y détermine des excoriations superficielles, d'où suinte une sérosité plus ou moins abondante. Cependant cette sérosité diminue; elle s'épaissit, se concrète, et forme des lamelles minces, molles, souvent très-larges, qui, renouvelées fréquemment, laissent à leur chute des surfaces plus ou moins enflammées. L'exhalation séreuse cesse peu à peu; les squammes, plus sèches, deviennent aussi plus adhérentes, et tombent moins souvent. Autour de la surface malade, la peau reprend lentement son état naturel, et la guérison, marchant de la circonférence au centre, la maladie se termine dans deux ou trois septénaires. Souvent, au lieu de s'amender, ces symptômes, persistant beaucoup plus long-temps, prennent par intervalle une intensité plus grande, et l'eczema, devenu chronique, constitue un état fort remarquable que nous décrirons plus loin.

Deuxième degré. Soit que l'on ait primitivement observé des vésicules d'*eczema rubrum*, comme cela arrive le plus ordinairement, soit que la marche de l'inflammation ait été tellement rapide que ses produits ne se soient montrés à nous qu'à un degré plus avancé, il arrive souvent que l'eczema se présente à un état qui tient à la fois et des affections vésiculeuses et des affections pustuleuses (*eczema impetiginodes*).

Dans l'*eczema impetiginodes*, l'inflammation est des plus vives ; la peau, dans les surfaces qui sont le siége de l'éruption, est comme tuméfiée ; le liquide contenu dans les vésicules a perdu sa transparence, il est devenu sero-purulent. Ces vésicules pustuleuses, agglomérées, confluentes, souvent réunies, s'ouvrent de bonne heure ; le liquide s'épaissit promptement, se concrète, et donne lieu non pas à des lamelles, comme dans l'*eczema rubrum*, mais à des squammes jaunâtres, molles et formées de feuillets superposés, quelquefois larges. Ces squammes tombent, et laissent à découvert des surfaces, d'où s'écoule une sérosité roussâtre ; il s'en forme de nouvelles qui suivent la même marche, et cela jusqu'à ce qu'enfin l'inflammation devenant moindre, les vésicules pustuleuses se développent moins souvent et en moins grand nombre ; peu à peu les squammes redeviennent plus minces, elles laissent à leur chute des surfaces moins rouges, et enfin la peau reprend ainsi son état naturel. Cette éruption peut durer deux ou trois septénaires ; elle peut être bornée à une seule surface ; quelquefois elle est générale et offre dans ce cas beaucoup de gravité : elle s'accompagne alors de symptômes généraux ; le pouls est fréquent, il y a de la soif, de l'anorexie, etc.

Le plus souvent on peut observer chez le même individu, surtout quand l'éruption est générale, ou du moins assez étendue, les divers degrés de l'inflammation. Ainsi on voit naître les vésicules : d'abord transparentes on les voit passer à l'état de vésicules pustuleuses, et nous avons observé des vésicules dont une moitié laiteuse, il est vrai, n'était pas encore passée à l'état purulent, tandis qu'une teinte jaunâtre et un épaississement plus considérable indiquaient ce changement dans l'autre.

Dans les cas d'*eczema impetiginodes* borné à une seule

surface, on aperçoit fréquemment aux environs du siége de l'éruption vésiculo-pustuleuse des vésicules d'*eczema rubrum*, que l'on retrouve aussi le plus souvent jusque dans le centre.

Enfin, l'*eczema impetiginodes*, au lieu de se terminer en vingt ou trente jours, peut aussi passer à l'état chronique; mais alors il ne diffère point de l'eczema chronique qui succède à l'*eczema rubrum*, et même à cette époque il ne se développe plus que de *vraies vésicules*, les vésicules pustuleuses étant devenues beaucoup plus rares.

L'*eczema impetiginodes* n'est donc pas un *eczema rubrum* compliqué de pustules d'impétigo; mais une éruption dont les vésicules, transparentes d'abord, passent non pas à l'état de véritables pustules, mais de vésicules pustuleuses. Autrement la maladie serait un véritable *impetigo*, car à une certaine période, presque toutes les vésicules sont devenues pustuleuses, et cependant nous verrons, en parlant du diagnostic, qu'il existe entre ces deux éruptions des différences très-tranchées.

L'inflammation est quelquefois tellement vive, que l'eczema (cela arrive assez souvent) peut se compliquer de quelques pustules d'impétigo véritables, et même de pustules plus larges d'ecthyma. Mais ces soulèvemens de l'épiderme contiennent du pus presque dès le moment de leur formation : leur base est en général plus large, le liquide plus jaune et surtout plus épais.

Presque jamais l'*eczema aigu* ne s'accompagne de symptômes géneraux un peu sérieux : quelquefois, occupant une certaine étendue, il semble devoir constituer une maladie fort grave, et cependant, il suit une marche régulière, et se termine promptement, sans avoir déterminé d'autres symptômes qu'un peu d'élévation dans le pouls.

Eczema chronique. Quels qu'aient été les premiers

symptômes avec lesquels il s'est montré, l'eczema passe souvent à l'état chronique. La peau, irritée sans cesse par la présence du fluide ichoreux, et par des éruptions successives, loin de reprendre peu à peu son état naturel, s'enflamme très-profondément; elle s'excorie, il s'établit des gerçures, surtout au niveau des articulations; enfin il se fait une exhalation continuelle d'une sérosité des plus abondantes : on est obligé de changer fréquemment les linges qui sont en peu de temps salis par ce fluide, et il faut en les retirant la plus grande attention, pour ne pas les arracher et déterminer de petites déchirures, quelquefois suivies d'un écoulement de sang assez abondant : ils laissent à découvert des surfaces rouges, tuméfiées, ramollies, sur lesquelles souvent est restée leur empreinte. L'éruption peut persister pendant plusieurs mois sans que l'exhalation de sérosité diminue beaucoup.

D'autres fois, après un certain espace de temps, le liquide est exhalé en moindre abondance ; il s'épaissit et forme des lamelles, des petites squammes minces, molles, jaunâtres, peu adhérentes, souvent étendues, laissant au dessous d'elles, lors de leur chute, une surface enflammée, mais peu humectée. Ces lamelles se forment plus lentement, elles sont plus sèches, et la maladie semble être sur le point de guérir, quand, sans cause connue, l'inflammation prend une intensité nouvelle. Les surfaces redeviennent très-rouges, elles se recouvrent encore de vésicules, qui bientôt se rompent, et l'affection suit la même marche. Cette maladie peut ainsi durer des années avec de semblables exacerbations plus ou moins fréquentes.

Enfin, dans quelques cas il ne se fait plus la moindre exhalation, pas le plus petit suintement : les squammes sont devenues plus sèches, moins jaunes, plus adhérentes : la peau s'est fendillée, épaissie ; elle présente des gerçures

profondes. Les squammes détachées avec facilité laissent voir au dessous d'elles une surface le plus souvent peu enflammée. Quelquefois cependant, et surtout dans les cas d'eczema chronique général, toute la peau est restée, même après une espace de plusieurs mois, d'un rouge vif, et elle est recouverte çà et là de squammes sèches et minces; elle est aussi fendillée, et l'on n'y aperçoit pas d'exhalation de sérosité appréciable. Dans cet état l'eczema ressemble, à s'y méprendre, à certaines affections squammeuses proprement dites (*psoriasis*), d'autant plus que ces squammes ne sont plus produites par la concrétion d'un liquide exhalé et épaissi, mais qu'elles paraissent être (comme dans les maladies squammeuses) des lamelles d'épiderme altéré. L'apparition de vésicules pourrait éclairer sur la véritable nature de l'éruption. M. Biett a montré dans ses leçons plusieurs exemples de ces *eczema* qui étaient devenus de véritables maladies squammeuses. Le caractère vésiculeux redevenait de plus en plus marqué, à mesure qu'ils avançaient vers la guérison.

Dans quelques cas, surtout quand l'eczema est fixé aux jambes, il ne reste plus qu'une ou deux petites surfaces autour desquelles la peau, comme amincie, est lisse, tendue et luisante; sa surface se recouvre de squammes blanchâtres, extrêmement minces, comme épidermiques : on ne voit sur ces surfaces luisantes aucune vésicule, et le diagnostic pourrait devenir fort difficile, si une nouvelle éruption ou la connaissance exacte des antécédens, et même quelquefois la présence de petites vésicules dispersées à la circonférence, n'éclairaient suffisamment sur la nature de la maladie.

L'eczema chronique, d'abord borné à un petit espace, peut s'étendre sur de plus grandes surfaces, et, dans quelques cas rares, on voit cette affection, qui n'occupait dans

le commencement que la largeur d'une pièce de cinq francs par exemple, s'étendre par degrés, jusqu'à recouvrir des membres entiers.

Quoi qu'il en soit, dans tous ces états l'eczema chronique est constamment accompagné de démangeaisons des plus vives, quelquefois plus difficiles à supporter que les douleurs les plus fortes. En vain le malade s'arme-t-il de toute sa raison et de tout son courage, il ne peut résister à l'impérieux besoin de se gratter; aussi augmente-t-il le prurit, qui revient souvent avec des exacerbations cruelles.

Ces démangeaisons sont surtout intolérables et jettent les malades dans des angoisses vraiment dignes de pitié, quand l'eczema est fixé sur certaines parties; ainsi quand il a son siége à la partie interne et supérieure des cuisses, entretenu souvent chez les femmes par un écoulement chronique, il s'étend jusqu'à l'anus et à la vulve, et là détermine un prurit qui gagne quelquefois le vagin et qui est pour les malades un supplice affreux.

Après un espace de temps plus ou moins long, les démangeaisons s'apaisent, l'exhalation séreuse diminue peu à peu; bientôt elle cesse; les squammes deviennent plus sèches; la peau et moins enflammée. La surface qui est le siége de l'éruption se rétrécit; la circonférence se guérit la première; les lamelles deviennent plus minces et plus petites; bientôt elles ne se forment plus; la peau reste un peu plus rouge que dans l'état naturel, mais cette couleur ne tarde pas à disparaître. Enfin la maladie est souvent réduite à une très-petite surface rouge, sèche, se recouvrant de lamelles extrêmement minces. La peau environnante est lisse, tendue et unie; elle ne reprend que lentement son état naturel : la rougeur, comme nous l'avons indiqué, persiste toujours pendant un certain temps après la disparition de l'éruption.

La durée de l'eczema chronique est à peu près indéfinie; il peut se prolonger des mois et même des années.

Siége. Il n'est aucun des points de la surface de la peau qui ne puisse devenir le siége de l'eczèma; mais il y en a qu'il affecte de préférence; ainsi ceux qui sont garnis de poils, où les follicules sont plus nombreux : le pubis, les aines, le scrotum, les aisselles, etc., etc. Il peut être borné à une seule partie, au sein, aux bourses, au cuir chevelu, aux oreilles, et constitue quelques variétés locales assez importantes.

Le plus souvent il envahit plusieurs régions à la fois; enfin nous l'avons vu occuper simultanément toute l'enveloppe tégumentaire, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

Causes. L'eczema n'est point contagieux, mais, dans certaines circonstances très-rares, il peut se transmettre d'un individu à un autre, par le contact prolongé de deux surfaces muqueuses. C'est ainsi que M. Biett a rapporté, dans ses leçons cliniques, plusieurs exemples d'eczema qui s'étaient transmis par le coït. Il attaque souvent les adultes; les femmes semblent en être plus fréquemment affectées que les hommes; il se déclare souvent au printemps et dans l'été. Le renouvellement des saisons est en général l'époque des excerbations de l'eczema chronique; il en est de même des changemens brusques de la température. Souvent il se développe sous l'influence d'une cause inconnue, mais il est quelquefois le résultat d'un agent direct appréciable; ainsi il peut être déterminé par l'action d'un feu ardent, par les rayons du soleil (*Ec. solare*, Willan); on l'observe très-fréquemment à la suite de l'application d'un vésicatoire, et l'éruption peut envahir tout le bras ou toute la cuisse.

Il est souvent produit par des frictions sèches, et sur-

tout par celles qui sont faites avec des pommades plus ou moins irritantes ; c'est ainsi que se développe l'eczema que l'on distingue sous le nom de *mercuriel*. Il ne diffère en rien des autres, ni par ses symptômes ni par sa marche. Chez les individus qui travaillent aux raffineries de sucre, on voit assez souvent se développer des eczema à la suite de brûlure ; enfin il est fréquemment produit par des excès, surtout par l'abus de boissons alcooliques.

Quoi qu'il en soit de l'influence des causes directes sur le développement de l'eczema aigu, il nous paraît évident que c'est à une disposition particulière de l'économie qu'il faut attribuer son passage à l'état chronique, et sa durée plus ou moins longue dans cet état.

Certaines espèces locales sont produites et entretenues souvent par des causes qui tiennent au siége qu'elles occupent. C'est ainsi que souvent une leucorrhée chronique abondante entretient un eczema pendant un temps tout-à-fait indéterminé.

Le maniement des métaux, le contact de substances pulvérulentes, du sucre, etc., sont une cause fréquente de l'eczema aux mains, etc.

C'est une de ces variétés qui a reçu le nom de maladie des boulangers. Mais cette affection est produite tantôt par des papules, tantôt par des vésicules. C'est encore une des preuves du peu de fondement qu'il faudrait faire sur une classification qui prendrait les causes pour bases.

Diagnostic. L'eczema, à chacun de ses états, pourrait être confondu avec des éruptions tout-à-fait différentes, et son diagnostic est de la plus haute importance.

L'eczema simplex a été souvent pris pour la gale, avec laquelle il semble en effet, au premier coup d'œil, offrir beaucoup d'analogie : comme elle, il se développe sans inflammation ; comme elle, il affecte le plus souvent cer-

tains siéges, le poignet, et la partie latérale des doigts; comme elle, il détermine des démangeaisons assez vives; mais les vésicules de l'eczema sont applaties; elles sont acuminées dans la gale: celles de l'eczema sont toujours agglomérées; elles sont en général isolées et tout-à-fait distinctes dans la gale, où même on en observe souvent une seule, ou bien deux ou trois pour une surface assez étendue, entre deux doigts, par exemple, ce qui ne se rencontre jamais dans l'eczema. Le prurit de cette dernière maladie est une espèce de cuisson, bien différente des exacerbations de la gale: dans le premier cas, c'est une véritable douleur, tandis que dans la seconde, c'est une sensation plutôt agréable que pénible; enfin la gale est essentiellement contagieuse, et l'eczema ne l'est généralement point.

L'eczema rubrum présente des caractères qui pourraient le faire confondre avec la miliaire; mais dans cette dernière, les vésicules ne sont jamais confluentes comme dans l'eczema rubrum, où, dans un très-petit espace, on en voit une foule innombrable. Celles-ci sont plus volumineuses dans la miliaire que dans l'eczema; d'ailleurs les symptômes généraux qui accompagnent toujours la miliaire symptomatique, et qui sont ceux d'une maladie plus ou moins grave, suffisent pour distinguer cette affection de celle dont il est ici question. La variété de la miliaire qui se montre chez certains individus qui ont fait beaucoup d'exercice pendant les fortes chaleurs de l'été, offre beaucoup de ressemblance avec l'eczema; mais les vésicules sont plus disséminées, il existe des sueurs plus ou moins abondantes, et la maladie disparaît très-promptement.

L'eczema impetiginodes diffère de l'impétigo par des caractères très-tranchés; l'affection vésiculeuse occupe tou-

jours de larges surfaces; l'impétigo est au contraire le plus souvent borné à un siége peu étendu. Les pustules de l'impétigo ne contiennent jamais une sérosité transparente à leur début; elles offrent une base plus large, et le fluide contenu est plus épais. Les vésicules pustuleuses de l'*eczema impetiginodes* sont toujours vésiculeuses à leur début et ne contiennent jamais de véritable pus, mais une sérosité jaunâtre, un liquide séro-purulent. D'ailleurs ce qui établit encore une distinction entre ces vésicules et les pustules de l'impétigo, c'est la différence des produits. Dans l'impétigo, les pustules donnent lieu constamment à de véritables croûtes toujours épaisses, plus ou moins jaunes, rugueuses, inégales, chagrinées, tandis que les vésicules pustuleuses de l'eczema ne forment jamais que des squammes minces, plus larges que saillantes, et de plus, dans cette dernière maladie, on trouve toujours aux environs de l'éruption, des vésicules d'*eczema rubrum*, que l'on ne rencontre jamais dans l'impétigo.

Enfin les traces que laissent ces deux affections, présentent aussi des caractères bien tranchés. Celles de l'impétigo offrent une rougeur plus vive, et même, quelquefois, cette éruption est suivie de légères cicatrices, ce qui n'a jamais lieu dans l'eczema impetiginodes, à la suite duquel on ne retrouve que des traces légères, beaucoup moins vives.

Il serait plus facile de confondre l'*eczema impetiginodes* avec la gale, lorsque les vésicules de cette dernière sont accompagnées de pustules; mais, laissant de côté les pustules, qui ne sont dans la presque totalité des cas qu'une complication, on n'aura égard qu'aux vésicules qui sont toujours en plus grand nombre, et on leur appliquera pour le diagnostic les caractères que nous avons signalés plus haut, pour différencier la gale de l'*eczema simplex*.

L'*eczema chronique* présente souvent les difficultés bien plus grandes pour le diagnostic. Parmi les éruptions avec lesquelles on pourrait quelquefois le confondre, nous citerons le *lichen*, qui peut présenter deux états dans lesquels il est surtout susceptible d'être pris pour l'eczema.

Le *lichen agrius* est aussi accompagné d'une exhalation de sérosité, suivie de la formation de squammes; mais ces squammes, moins larges, plus épaisses et plus jaunes que celles de l'eczema, se rapprochent un peu de la nature des croûtes; elles laissent à découvert, lors de leur chute, non pas une surface rouge, lisse, le plus souvent luisante et légèrement excoriée comme dans l'eczema, mais une surface comme chagrinée de petits points proéminens (papules), appréciables le plus souvent à l'œil et constamment au doigt que l'on promène sur l'éruption.

D'autres fois, comme dans l'eczema chronique, le lichen peut présenter des squammes minces, sèches, sans sérosité appréciable, sans inflammation locale, mais alors la peau est bien plus épaisse, plus rugueuse que dans l'eczema, au point qu'on a souvent de la peine à la soulever entre les doigts. Du reste, dans le lichen on retrouve toujours çà et là auprès de l'éruption quelques *papules* faciles à reconnaître par leur dureté, par leur marche chronique, de même que l'eczema offre presque toujours aux environs des plaques, *des vésicules* que l'on distingue facilement des élémens du lichen.

C'est surtout lorsque ces variétés, soit du lichen, soit de l'eczema, occupent les mains, qu'il faut quelquefois une très-grande attention pour les distinguer.

Certaines variétés de l'eczema chronique se rapprochent beaucoup du *psoriasis*; mais dans l'eczema, on aura pour le distinguer la présence de vésicules aux environs de l'é-

ruption ou bien leur développement consécutif; d'ailleurs, les squammes sont toujours plus minces, moins sèches et moins friables, quoique plus molles. Elles sont presque toujours accompagnées d'un suintement qui n'existe pas dans le psoriasis. Après leur chute, la peau ne présente pas, comme dans le *psoriasis*, une surface lisse, rouge, élevée, mais bien des surfaces fendillées et gercées.

Cependant, dans certains cas d'eczema chronique, fort rares à la vérité, l'éruption peut être générale et la peau peut offrir une teinte rouge, en même temps qu'elle se recouvre de squammes blanchâtres plus ou moins étendues; ici, le diagnostic est d'autant plus difficile, lorsqu'on n'a pas suivi les premières phases de la maladie, qu'il n'existe aucune exhalation. On distinguera cet état du psoriasis, en ce que la peau n'offre point d'élévation ou d'hypertrophie, comme dans cette dernière maladie, et que les gerçures que l'on observe sont en rapport avec les mouvemens musculaires et ne recouvrent pas la surface de la peau en tous sens, comme dans le *psoriasis inveterata*. Mais, nous le répétons, il faut dans ces cas beaucoup d'attention, et l'on aura besoin quelquefois d'attendre qu'une exacerbation nouvelle vienne dissiper tous les doutes.

Prognostic. L'eczema constitue ordinairement une maladie légère, surtout quand il existe à l'état aigu; mais lorsque, devenu chronique, il occupe en même temps une certaine étendue, il constitue alors une maladie fort incommode et très-opiniâtre. Le pronostic est plus fâcheux lorsque l'eczema persiste pendant des années, et que de nouvelles éruptions le font renaître au moment où tout semblait annoncer une terminaison prochaine. Sans mettre en danger la vie des malades, il empoisonne leur existence, lorsqu'il persiste ainsi pendant un temps indéfini.

Il peut coexister avec le lichen, surtout avec la gale. Il est souvent compliqué de pustules d'impétigo ou d'ecthyma, etc.

Traitement. Le traitement de l'*eczema simplex* consiste, pour la plupart des cas, dans le simple usage de boissons rafraîchissantes, de limonades légères et acidulées, de quelques bains tièdes. Le plus ordinairement ces moyens suffisent pour faire disparaître l'éruption dans un espace de temps assez court. Mais lorsque la maladie se prolonge, qu'elle est accompagnée de vives démangeaisons, surtout quand l'éruption est très-étendue, il est quelquefois utile d'administrer quelques laxatifs, et d'avoir recours en même temps aux bains alcalins (quatre ou huit onces de sous-carbonate de potasse ou de soude pour un bain entier, suivant l'âge du sujet et suivant l'état de l'éruption).

L'*eczema rubrum* et l'*eczema impetiginodes* ne réclament d'autre traitement que celui des phlegmasies aiguës : des boissons délayantes et un régime un peu sévère, quand il est local et peu étendu. Mais lorsqu'il occupe une grande surface, qu'il s'accompagne d'un peu d'élévation dans le pouls, et surtout lorsque le sujet est jeune et vigoureux, il est nécessaire de pratiquer une saignée générale ou locale, en appliquant des sangsues au voisinage de l'éruption ; il est quelquefois utile d'avoir recours à ces deux moyens. Si la maladie était très-étendue on pourrait répéter avec succès la saignée générale.

Enfin la diète, des bains simples ou émolliens, des bains locaux d'eau de son, de guimauve, etc., des cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'une décoction émolliente, quand les vésicules rompues ont laissé à nu une surface rouge excoriée et douloureuse, sont les seuls moyens que l'on doive opposer à l'eczema aigu. Il faut éviter avec soin

les préparations sulfureures, si souvent employées d'une manière intempestive pour la guérison de toutes les maladies dites *dartreuses*. Nous en dirons autant des traitemens mercuriels; nous avons vu souvent venir à l'hôpital Saint-Louis, des malades chez lesquels l'*eczema rubrum* exaspéré et entretenu par ces moyens si peu appropriés, était passé à l'état d'*eczema impetiginodes*, souvent même s'était compliqué de véritables pustules, soit d'impétigo, soit d'ecthyma, et durait des mois entiers, quand, d'un autre côté, des eczema aigus, qui occupaient toute la surface du corps, et semblaient constituer une maladie fort grave, cédaient en douze ou quinze jours à un traitement antiphlogistique bien ordonné.

Dans tous les cas, le premier soin à prendre est de soustraire la cause; ainsi l'on fera cesser les frictions, ou bien on éloignera le malade de ses travaux habituels, si on y trouve l'origine de l'éruption. Nous avons vu plusieurs fois, et entre autres chez un homme de peine employé dans une pharmacie, l'*eczema simplex* se reproduire constamment presque aussitôt qu'il reprenait ses travaux.

L'*eczema chronique*, qui n'a pas acquis ce degré d'intensité où il devient une maladie grave et fort incommode, cède le plus souvent à l'emploi des moyens suivans.

Les boissons acidules et les bains réussissent le plus ordinairement très-bien. Ainsi on donne depuis un scrupule jusqu'à un demi-gros d'acide sulfurique ou nitrique dans une pinte d'eau d'orge; l'acide nitrique est plus énergique que l'acide sulfurique; ils conviennent surtout dans les cas où il existe une exhalation très-abondante de sérosité, accompagnée de vives démangeaisons. Le malade devra boire à petits coups et même avaler aussitôt après un peu d'eau fraîche, pendant les premiers jours, lorsque

l'estomac n'est pas encore accoutumé à ces boissons acidules.

Les bains devront être de 25 à 27° Réaumur ; le malade y restera une heure environ ; on les rendra émolliens par l'addition de mucilage, de gélatine, etc. La quantité de gélatine nécessaire pour un seul bain est une demi-livre à une livre.

Souvent il convient d'avoir recours aux laxatifs ; on pourra les employer seuls ou alternativement avec les boissons acidules. Ainsi on donnera pour tisane l'eau de veau, une infusion de chicorée, etc., avec addition de *sulfate de soude* (*une demi-once* par pinte), ou bien de *sulfate de potasse* à la même dose, qu'on peut augmenter, ou diminuer, suivant l'indication, le *petit lait*, avec addition de deux gros de *tartrate acidule de potasse*, etc.

Les alcalins sont employés avec beaucoup d'avantage, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Ils sont utiles à l'extérieur, lorsque malgré l'usage des émolliens les démangeaisons sont très-vives. Alors des bains locaux, avec addition de demi-once à deux onces de *sous-carbonate de potasse ou de soude*, diminuent ces démangeaisons d'une manière sensible ; le malade devra les prendre avant de se coucher. A l'intérieur, on donne le *sous-carbonate de potasse* à la dose d'un demi-gros à un gros pour une pinte, le plus ordinairement dans une tisane amère.

Quand l'éruption est plus ancienne, lorsqu'elle occupe une surface plus étendue, il convient d'avoir recours à des moyens plus actifs, tels sont les purgatifs, les eaux sulfureuses, les bains et les douches de vapeur.

Le *calomel* peut être administré à la dose de quatre grains le matin à jeun pendant une semaine ou deux ; on peut encore faire prendre une ou deux *pilules de Plummer*,

ou des pilules d'*aloès*, de *jalap*, de *gomme-gutte* à doses purgatives ; en réglant, bien entendu, tous ces moyens sur l'état des organes digestifs. On emploie également les *eaux de Sedlitz*, à la dose d'un ou deux verres chaque matin.

Les *eaux sulfureuses* peuvent être administrées à l'extérieur ou à l'intérieur; elles ne conviennent que lorsque la maladie est un peu ancienne, surtout quand l'éruption, fixée aux membres inférieurs, présente une teinte violacée.

Les eaux de *Barrèges*, d'*Enghien*, de *Cauteretz*, etc., sont les plus employées ; on peut en faire d'artificielles, en ajoutant à chaque bain simple deux à trois onces de sulfure de potasse, dont on varie la quantité suivant l'excitation que l'on cherche à produire. Dans tous les cas, il est bon de conseiller les bains simples alternativement avec les bains sulfureux. Lorsqu'on administre l'eau sulfureuse à l'intérieur, il convient de la couper d'abord avec deux tiers d'eau d'orge ou de lait, et peu à peu on augmente la quantité de l'eau minérale jusqu'à ce que le malade soit arrivé à la prendre pure.

Les bains locaux ou généraux, simples ou émolliens, sont, comme nous l'avons indiqué, les seuls qui conviennent dans le commencement, et toutes les fois que l'inflammation devient plus vive. Dans ces cas aussi, quels que soient les moyens employés, il est très-utile d'appliquer quelques sangsues aux environs de l'éruption.

Les bains de vapeur sont quelquefois très-utiles dans les cas d'eczema chronique; mais le malade ne doit pas s'exposer à une trop forte chaleur; il se tiendra éloigné du point d'où sort la vapeur aqueuse. Des douches de vapeur sont souvent d'une grande utilité lorsque la maladie est locale.

Lorsque l'éruption est bornée ou réduite à un siége peu

étendu, on hâte quelquefois la guérison par des onctions légères avec une pommade dans laquelle on incorpore le protochlorure ammoniacal de mercure à la dose d'℈ j à un demi-gros dans ℥ j d'axonge.

Dans le cours du traitement il faut souvent employer, pour calmer les vives démangeaisons, soit des lotions d'eau saturnine, soit une émulsion d'amandes amères, ou bien une décoction de quelques plantes vireuses, telles que la douce-amère, la jusquiame, etc.

Dans certains cas, l'eczema chronique, beaucoup plus grave, résiste à ces divers moyens, et il devient nécessaire d'en employer de plus énergiques, pourvu toutefois qu'il n'existe en même temps aucune affection chronique des voies digestives.

C'est dans ces cas d'eczema rebelle qu'on a vu réussir d'une manière vraiment surprenante : 1° la *teinture de cantharides*, surtout chez les femmes; 2° *quelques préparations arsenicales*, à l'aide desquelles M. Biett a très-souvent fait disparaître, avec une promptitude remarquable, des eczema invétérés fort grave.

On administre la teinture de cantharides d'abord à la dose de trois, puis cinq gouttes, chaque matin dans un peu de tisane, et tous les six ou huit jours on augmente de cinq gouttes. On peut ainsi, sans inconvénient, en porter la dose à vingt-cinq ou trente gouttes, en ayant soin d'en interrompre l'usage à des intervalles plus ou moins éloignés, et en recommençant toujours par des doses minimes.

Parmi les préparations asenicales, celles qui paraissent réussir le plus souvent sont la *solution de Fowler*, la *solution de Pearson* et la *solution d'arséniate d'ammoniaque*. La première a pour base l'arsénite de potasse; c'est un des médicamens les plus énergiques que la thérapeutique possède; on l'administre à la dose de trois gouttes d'abord

dans un véhicule inerte, le matin à jeun, puis tous les cinq ou six jours on augmente de deux ou trois gouttes seulement; après un grand nombre d'essais, M. Biett est arrivé à ne pas dépasser quinze gouttes par jour.

La *solution de Pearson* est plus douce et plus facile à manier; elle convient mieux aux femmes, aux individus irritables, c'est la seule que l'on doive employer chez les enfans. Elle a pour base l'arséniate de soude, dans la proportion d'un huitième de grain par gros. On peut l'administrer depuis un ℈ j jusqu'à un gros *et plus*.

Enfin la *solution d'arséniate d'ammoniaque*, qui a été introduite dans la thérapeutique par M. Biett, a été employée par lui, pour la première fois en 1818, avec un succès qui ne s'est pas démenti. On l'administre aux mêmes doses que la précédente. Ces trois solutions se suppléent d'ailleurs l'une à l'autre avec avantage, et souvent la solution de Pearson réussit là où la solution de Fowler avait échoué, et *vice versâ*.

L'administration des préparations arsenicales demande beaucoup d'attention de la part du médecin; on doit les suspendre, s'il survient quelque symptôme d'irritation des voies digestives; mais il ne faut pas prendre pour tel un peu de malaise que le malade peut ressentir dans les premiers jours de leur emploi; ce malaise ne tarde pas à disparaître. Du reste, il est souvent utile d'en interrompre l'usage, comme pour la teinture de cantharides, pendant quelques jours, pour les reprendre ensuite.

Souvent, dans les cas où l'eczema n'occupant qu'une certaine étendue a presque revêtu la forme squammeuse, que la peau est sèche, fendillée, légèrement épaissie (comme cela se voit surtout aux mains), il faut employer des médications locales un peu actives. Dans ces cas, il est souvent fort utile de faire des frictions sur l'éruption

elle-même, soit avec le *proto-nitrate de mercure* (℈ j ou ʒ ß pour axonge ℥ j), soit avec le *proto-iodure* (℈ j pour axonge ℥ j) ou *deuto-iodure de mercure* à la dose de dix à douze grains par once. On peut ajouter à ces pommades un peu de *camphre* pour calmer les démangeaisons.

Ces préparations mercurielles, employées ainsi à l'extérieur, ont souvent produit de très-heureux résultats; mais les avantages de celles qui ont été conseillées à l'intérieur sont pour le moins douteux, et même leur usage est souvent nuisible.

Enfin, c'est surtout dans ces cas qu'il est bon d'employer des bains sulfureux, soit locaux, soit généraux; mais ce sont peut-être encore les douches de vapeur dont les bons effets sont les mieux constatés.

Les cautérisations ne doivent jamais être employées contre l'eczema, dans le traitement duquel on en a fait un étrange abus; l'emploi des pommades excitantes est préférable.

Avant de terminer ce qui concerne l'eczema, nous dirons quelques mots seulement de certains cas où, fixé dans certaines régions, il présente quelques particularités importantes.

L'*eczema chronique des mamelles* est le plus souvent borné à une petite étendue; il circonscrit assez régulièrement le mamelon, et donne lieu à des gerçures profondes. Réclamant ordinairement un traitement fort actif, il est presque toujours très-rebelle; nous l'avons vu durer des années.

L'*eczema du scrotum, et des cuisses* chez les femmes, est toujours très-rebelle; il en est de même de celui qui

occupe les environs de l'anus. Les douches de vapeur, les fumigations et les douches sulfureuses, sont, avec les purgatifs, les moyens dont l'emploi est suivi des résultats les plus avantageux. Chez les personnes robustes, jouissant du reste d'une bonne santé, on peut user hardiment des purgatifs.

L'*eczema de l'oreille* est souvent fort rebelle, et comme il est quelquefois accompagné d'une hypertrophie considérable, il peut être nécessaire de placer dans le conduit auditif externe des morceaux d'éponge préparée afin d'empêcher l'occlusion de cette ouverture.

Enfin l'*eczema du cuir chevelu* peut se présenter avec divers phénomènes d'autant plus importans qu'il en a imposé pour quelques variétés du porrigo.

C'est ainsi que l'on voit chez des malades atteints d'un eczema, qui occupe le plus souvent en même temps et la face et le cuir chevelu, mais quelquefois le cuir chevelu seulement, une exhalation de sérosité tellement abondante, que tous les cheveux en sont comme trempés. Plus tard la sérosité se concrète, et les squammes, lors de leur formation, entourent plusieurs cheveux naissans. Ceux-ci croissent, et bientôt, soit par une desquammation naturelle, soit que celle-ci ait été hâtée par cet accroissement, les écailles se détachent, et l'on voit des paquets de cinq ou six cheveux enchatonnés d'une squamme plus ou moins étendue, qu'ils dépassent, et par leur extrémité adhérente et par leur extrémité libre. Ce phémonème est moins appréciable chez les femmes; mais on le retrouve dans bien des cas, si l'on examine le cheveu près de sa sortie du bulbe. La présence de ces squammes d'un blanc chatoyant, d'une couleur semblable à celle de l'*amiante*, au milieu des cheveux, offre un aspect singulier et tout-à-fait remarquable, surtout chez les bruns.

Quelquefois l'exhalation séreuse est beaucoup moins abondante; le liquide, en se desséchant, donne lieu à de petites squammes blanches, sèches, *furfuracées*, qui se renouvellent avec une promptitude extrême, et tombent par le moindre frottement avec une abondance remarquable. Ces deux variétés n'altèrent le bulbe en aucune façon.

Des tisanes acidules, des lotions émollientes au début, plus tard des lotions alcalines, de légers laxatifs, tels sont les seuls moyens que réclament ces deux variétés. Il suffit quelquefois, chez les enfans, de laver la tête avec une eau de savon, et de passer, plusieurs fois, un peigne fin, dans le courant de la journée.

HERPES.

Le mot *herpes*, employé depuis long-temps d'une manière vague et dans la même acception que le mot *dartre*, était appliqué à plusieurs éruptions d'une nature tout-à-fait différente, quand Willan le réserva exclusivement pour un genre de maladie bien distinct.

Ce genre est caractérisé par une éruption de vésicules constamment rassemblées en groupes sur une base enflammée, de manière à présenter une ou plusieurs surfaces parfaitement circonscrites, séparées les unes des autres par des intervalles plus ou moins grands, dans lesquels la peau est entièrement saine.

La forme de ces groupes et leur siége constituent des espèces et des variétés assez tranchées pour être décrites individuellement.

Les différentes espèces d'herpes suivent en général une marche aiguë; leur durée, ordinairement d'un septénaire, se prolonge rarement au-delà de deux ou trois. Cependant on voit quelquefois des variétés de cette éruption persister

des mois entiers. Les cas où l'herpes est accompagné de phénomènes généraux graves sont très-rares, s'ils existent. Le plus souvent les symptômes se bornent à un peu de malaise, un léger abattement, quelquefois de l'anorexie, rarement de la fièvre. Développé dans quelques circonstances peu communes, sous l'influence d'une cause directe, l'herpes se manifeste presque toujours sans cause appréciable, et même dans les cas où il reconnaît une cause directe, telle qu'un vent froid (*herpes labialis*), il existe en même temps un état particulier de l'économie, dont l'éruption est un des symptômes.

La réunion de vésicules en groupes, sur une base enflammée circonscrite, suffira toujours pour empêcher de confondre l'herpes avec les autres affections vésiculeuses.

C'est une maladie constamment peu grave, qui suit ordinairement une marche régulière, et qui ne réclame le plus souvent qu'un traitement émollient très-simple. Du reste, l'herpes peut exister simultanément avec d'autres phlegmasies, soit de l'enveloppe cutanée, soit de quelque organe intérieur.

HERPES PHLYCTÉNODES.

On doit entendre, sous la dénomination commune d'herpes phlycténodes, les affections du genre herpes qui n'ont ni une forme déterminée, ni un siége de prédilection ; les autres ne constituent des variétés à part, que parce qu'elles se trouvent dans l'un de ces deux cas.

L'herpes phlycténodes est caractérisé par la présence de vésicules, ordinairement très-petites, mais constamment agglomérées, pouvant se manifester sur tous les points du corps, dans quelques cas sur plusieurs à la fois, et formant par leur réunion une surface irrégulière dont la largeur varie depuis celle d'un écu jusqu'à celle de la paume.

de la main. Ordinairement, dans la même éruption, on trouve des vésicules, les unes imperceptibles, et d'autres ayant le volume d'un gros pois; mais toujours le nombre des petites vésicules surpasse de beaucoup celui des grandes.

Il se manifeste le plus souvent sur les parties supérieures du corps; les joues, le col, la poitrine et les bras en sont les siéges les plus fréquens; on le voit plus rarement sur les membres inférieurs.

En général, borné à un ou deux groupes, l'herpes phlycténodes a ordinairement disparu vers le septième ou huitième jour. Cependant, soit que son développement ait eu lieu successivement sur plusieurs points, ou que plusieurs groupes aient paru à une très-petite distance les uns des autres, il peut se prolonger davantage, mais rarement au-delà de deux septénaires, et jamais au-delà de trois.

Quand l'herpes phlycténodes se manifeste par plusieurs groupes, ceux-ci sont ordinairement assez éloignés; mais, quelque rapprochés qu'ils soient, la peau qui les sépare est toujours saine, et ne présente pas la moindre altération.

Symptômes. Chaque groupe, composé de six ou huit vésicules, se développe de la manière suivante; on observe, à l'endroit qui va devenir le siége de l'éruption, une foule de petits points rouges presque imperceptibles, groupés les uns autour des autres, dont le nombre est souvent fort considérable, quoique resserré dans un espace relativement très-étroit. Dès le lendemain on trouve une surface rouge, enflammée, recouverte de vésicules saillantes, résistantes au toucher, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un petit pois. La rougeur de chaque groupe dépasse ordinairement, de plusieurs lignes, les vésicules autour de chaque plaque. Constamment le plus grand nombre des vésicules offre un

très-petit volume. Toutes sont dures, rénitentes, d'une forme globuleuse et transparente, le premier jour de leur formation; mais le lendemain, quelquefois même avant, la transparence est remplacée par une teinte lactescente.

Une sensation de cuisson souvent très-douloureuse, accompagne l'apparition de chaque groupe. Les vésicules commencent à se flétrir dès le troisième, ou quatrième jour, et le septième, ou huitième, on les trouve affaissées; quelques unes renferment un fluide purulent, et d'autres se sont transformées en croûtes brunâtres. Bientôt la desquammation a lieu; mais on voit souvent çà et là quelques légères ulcérations. Il reste toujours, pendant quelques jours, après la disparition de l'herpes, une teinte rouge assez marquée, qui disparaît lentement.

Le plus souvent cette affection peu grave n'est précédée ni accompagnée d'aucuns symptômes généraux : un état de malaise général, quelquefois de l'anorexie et un peu de fièvre, sont les seuls qu'on observe lorsque la maladie occupe une certaine étendue; les symptômes locaux sont, comme nous l'avons indiqué, un sentiment de cuisson et de chaleur âcre plus ou moins vif. Du reste, ces symptômes tant locaux que généraux n'ont lieu qu'à l'époque de l'éruption, et dans les deux ou trois premiers jours.

Causes. L'herpes phlycténodes se manifeste le plus souvent chez des sujets encore jeunes. Plus fréquent dans les climats méridionaux, il se développe fréquemment sous l'influence des rayons solaires. Des veilles, des excès de régime, des chagrins, et d'autres causes de cette nature, ont souvent paru exercer de l'influence sur son développement; mais le plus ordinairement il est produit par des causes entièrement inconnues, ou du moins fort difficiles à apprécier.

Diagnostic. — Les caractères indiqués de l'herpes phlycténodes, qui sont des vésicules nombreuses, groupées sur

une surface rouge, enflammée, et dont l'étendue varie depuis celle d'un écu jusqu'à celle de la paume de la main, suffisent pour distinguer l'herpes des autres affections, soit vésiculeuses, soit bulleuses.

Le *pemphigus* est la maladie avec laquelle on pourrait surtout le confondre, d'autant mieux que des descriptions de cette maladie ont été présentées sous le nom d'*herpes phlycténoïde.* On les distinguera l'une de l'autre, en ce que, dans l'herpes, ce sont des vésicules groupées sur des surfaces isolées, tandis-que, dans le pemphigus, ce sont des bulles isolées. Quelquefois, il est vrai, on trouve çà et là, dans le pemphigus, des surfaces rouges où les bulles sont très-rapprochées, presque confluentes; mais on évitera de les confondre avec l'herpes, en réfléchissant que, dans cette dernière affection, on trouve des vésicules et non des bulles. Quelques unes des vésicules peuvent, il est vrai, se transformer en bulles; mais c'est bien le plus petit nombre, et on ne les voit que çà et là.

L'herpes phlycténodes ne pourrait être confondu avec l'*eczema* que dans ces cas très-rares, où celui-ci se présente avec des vésicules disposés en groupes. Cependant on les distinguerait encore aux caractères suivans : les vésicules de l'eczema sont moins élevées, plus rouges : il est difficile de constater la transparence; et enfin, quand elles sont disposées en groupes, elles sont confluentes, tandis que celles de l'herpes restent isolées.

Quant aux autres espèces d'herpes, comme elles ne diffèrent de celle-ci que par leur siége ou par leur forme, cette forme et ce siége seront les bases du diagnostic différentiel.

Traitement. — L'herpes phlycténodes est une maladie peu grave, qui ne réclame en général que l'usage de quelques boissons délayantes, acidulées, un régime un peu sévère, des lotions mucilagineuses, et quelques bains tiè-

des. On pourrait, si la maladie était assez étendue, et s'il y avait en même temps quelques symptômes généraux, pratiquer une petite saignée.

A. VARIÉTÉS DE SIÉGE.

Les variétés qui ne diffèrent de l'herpes phlyténodes que parce qu'elles ont un siége déterminé, sont au nombre de deux : l'*herpes labialis* et l'*herpes preputialis*.

HERPES LABIALIS.

Cette variété est caractérisée par des groupes de vésicules plus ou moins nombreux, plus ou moins distincts, disposés irrégulièrement autour de la bouche. Le plus souvent l'herpes labialis n'occupe qu'une étendue plus ou moins grande, soit de la lèvre supérieure, soit de la lèvre inférieure. Il se montre toujours à la partie externe, et en général au point de jonction de la muqueuse labiale, avec la peau. Cependant dans certains cas, il n'occupe que la membrane muqueuse externe de la lèvre, tandis que dans d'autres, il n'affecte que la peau, située en-deçà de la ligne de jonction. Quelquefois disposés sans ordre, les groupes peuvent s'étendre jusque sur les joues, le menton ou les ailes du nez, et on les observe même, dans certains cas, sur le pharynx.

L'herpes labialis est quelquefois précédé d'une légère rougeur pendant plusieurs heures ; d'autres fois l'éruption paraît brusquement. Le point où se développe l'herpes se tuméfie et devient le siége d'une chaleur âcre et brûlante : on voit alors une surface rouge et tuméfiée, luisante, douloureuse au toucher ; çà et là on aperçoit quelques vésicules qui commencent à poindre. La tuméfaction de la lèvre s'étend au-delà du groupe des vésicules. Ces dernières se développent rapidement ; souvent plusieurs se réunis-

sent, alors on trouve sur le même groupe des vésicules d'une grandeur variable, mais dont la plus grande ne dépasse jamais le volume d'un petit pois, et qui sont remplies d'un fluide transparent. La chaleur est en général moins âcre lorsque les vésicules se sont développées; le fluide transparent qu'elles contiennent prend bientôt une teinte lactescente, et dès le troisième ou quatrième jour il présente un aspect jaunâtre; le liquide séreux est devenu séro-purulent; la rougeur et le gonflement ont alors presque disparu; bientôt des croûtes se forment, elles deviennent brunâtres, et tombent du septième au huitième jour de l'éruption; quand on les arrache trop tôt, il s'en forme d'autres qui restent plus long-temps. Après la disparition de l'éruption, on trouve une petite surface rouge qui disparaît promptement. Son apparition est presque toujours précédée d'un état général, qui dure vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Causes. L'herpes labialis se développe très-souvent sous l'impression du froid, du vent du nord; c'est ainsi qu'on le voit surtout paraître, lorsqu'en sortant d'un endroit chaud on s'expose immédiatement à l'air froid et humide. Il accompagne très-fréquemment le coryza et une légère bronchite. Le contact de certains alimens âcres et irritans peut quelquefois déterminer l'apparition de cette variété de l'herpes. On la voit survenir très-souvent à la suite d'accès de fièvre intermittente; elle complique quelquefois une phlegmasie de quelque organe intérieur, mais surtout des organes thoraciques.

Diagnostic. La disposition des vésicules en groupes isolés, leur marche régulière, le volume considérable que prennent quelques unes d'entre elles, qui contiennent à la fin un fluide séro-purulent, suffisent pour distinguer l'herpes labialis d'un *eczema* qui aurait son siége aux lèvres.

L'herpes labialis est une maladie ordinairement fort légère, qui ne réclame presque aucun traitement. Cependant dans le cas où il serait accompagné d'une chaleur âcre et d'une tension assez douloureuse, on pourrait diminuer ces symptômes au moyen de lotions faites avec de l'eau froide, à laquelle on ajoutera quelques gouttes de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, ou de sulfate de cuivre. Les émolliens ne produisent pas à beaucoup près autant de soulagement; du reste, ni les uns ni les autres n'empêchent l'éruption de suivre sa marche ordinaire. Dans tous les cas, on évitera et le froid et les rayons d'un foyer trop ardent.

HERPES PRÉPUTIALIS.

L'herpes préputialis est caractérisé par la présence de plusieurs groupes de vésicules, soit à l'extérieur, soit à la face interne du prépuce.

Il se manifeste d'abord par une ou plusieurs taches rouges, plus ou moins enflammées, dépassant rarement la largeur d'un franc, souvent beaucoup moindres. Ces taches ne tardent point à se recouvrir de petites vésicules globuleuses, mais dont le développement présente quelques différences suivant le siége.

Ainsi, l'herpes préputialis peut être borné à la face externe ou à la face interne du prépuce : quelquefois il occupe l'une et l'autre à la fois.

Les groupes qui occupent la face externe sont peu enflammés : les vésicules transparentes et distinctes suivent la marche ordinaire de l'herpes; seulement le liquide est ordinairement résorbé : alors les vésicules se flétrissent, et il s'établit une légère desquammation; quelquefois cependant la sérosité se trouble au bout de quelques jours;

il se forme de petites squammes, et la maladie se termine le septième ou huitième jour, souvent auparavant.

Mais pour les groupes situés à l'intérieur du prépuce, l'inflammation est beaucoup plus vive; les vésicules augmentent rapidement de volume, et se réunissent souvent deux à deux, trois à trois.

Elles sont extrêmement ténues, et leur transparence est assez grande pour permettre de voir, au travers, la teinte rouge de la surface qu'elles recouvrent.

Le liquide passe promptement à l'état séro-purulent, les vésicules s'ouvrent, et il se forme de petites squammes qui se détachent peu de temps après, soit naturellement, soit accidentellement, ce qui arrive le plus souvent, et laissent après elles des excoriations qu'on peut distinguer très-aisément des ulcérations siphilitiques, et qui ne laissent pas après elles la moindre trace.

Un peu de démangeaison au début de l'éruption, et un peu de cuisson quand il existe des excoriations, sont les seuls symptômes qui accompagnent l'*herpes préputialis*.

Causes. On n'observe guère cette variété de l'*herpes* que chez les adultes; le frottement des vêtemens de laine, certains écoulemens chroniques du vagin, l'action de cette matière qui est si abondamment sécrétée entre le prépuce et le gland, lorsqu'on la laisse s'y amasser, peuvent déterminer le développement de cette éruption, qui le plus souvent apparaît sans cause appréciable. Les rétrécissemens de l'urètre qui peuvent exister en même temps sont des accidens avec lesquels l'herpes ne paraît avoir d'autres rapports que sa présence simultanée.

Diagnostic. Le siége de cette variété pourrait jeter un peu d'obscurité sur son diagnostic, si l'on se contentait d'un examen très-superficiel; toutefois, dans quelque état que l'herpes préputialis se présente, il nous semble qu'il

serait toujours difficile de le confondre avec des éruptions ou des ulcérations syphilitiques.

Est-il encore vésiculeux? tous les caractères du genre herpes lui sont applicables, et ne sauraient permettre un instant d'erreur. Est-il recouvert de squammes? personne sans doute ne prendra ces squammes, minces et aplaties, pour les croûtes saillantes et épaisses des syphilides : enfin a-t-il laissé des excoriations? celles-ci, toutes superficielles, de niveau au centre comme à la circonférence, disposées d'ailleurs en groupes comme les vésicules qui leur ont donné naissance, etc., n'en imposeront jamais pour les ulcérations syphilitiques, remarquables par leur profondeur, par leurs bords durs et élevés, par la couenne blanchâtre qui les recouvre, etc.

Cependant cette erreur a eu lieu, et bien souvent on a pris pour une ulcération syphilitique, au début, une vésicule d'herpes préputialis. Dans ces cas, pour faire avorter la prétendue maladie vénérienne, on a cautérisé, ou même, poursuivant l'erreur, on a fait faire des frictions mercurielles, etc. Aussi, le plus ordinairement, sous l'influence de ce malencontreux traitement, l'herpes a passé à l'état chronique; et d'une affection simple, on en a fait une maladie rebelle, opiniâtre, qui dure des années, se complique de phimosis, etc. Heureusement, il est toujours facile de ne point tomber dans cette erreur funeste. Il suffit de savoir, que l'ulcère vénérien, le chancre de Hunter, ne débute pas, comme on l'a dit, par une vésicule, mais bien par une rougeur, une véritable inflammation ulcérative.

Traitement. Une tisane d'orge ou de limonade, quelques injections entre le prépuce et le gland, avec une décoction de racine de guimauve, quelques bains locaux émolliens sont les seuls moyens qu'il soit nécessaire d'op-

poser à l'herpes préputialis, qui dans la plupart des cas cède avec une extrême facilité. Cependant, dans quelques circonstances, l'herpes préputialis, devenu chronique, résiste aux moyens les plus énergiques. M. Biett en a cité plusieurs cas remarquables dans ses leçons cliniques, et nous en avons vu plusieurs exemples.

B. VARIÉTÉS SUIVANT LA FORME.

Le genre *herpes* renferme encore trois variétés fort importantes à connaître, qui sembleraient des espèces distinctes, mais qui, examinées attentivement, ne diffèrent réellement de l'*herpes phlycténodes* que par leur forme déterminée. Cependant, comme elles constituent des maladies assez fréquentes, et qu'il règne encore du doute sur la nature de quelques unes, il nous a semblé convenable de les décrire à part. Ce sont l'*herpes zoster* ou *zona*, l'*herpes circinnatus* ou en anneau, et l'*herpes iris*, qui constitue une variété extrêmement rare, rangée par Willan dans les exanthèmes, et qui quelquefois se rapproche, en effet, beaucoup d'une espèce de roséole que nous avons décrite sous le nom de *roséole à anneaux multiples*.

HERPES ZOSTER (ZONA) (1).

Le zona a été regardé et décrit comme une espèce d'érysipèle, et cette erreur est tellement peu fondée qu'il suffit presque de la signaler : en effet, on ne retrouve dans le zona aucun des symptômes de cet exanthème, et surtout dans l'érysipèle, aucun des symptômes du zona : cependant, nous nous arrêterons un instant sur le motif probable de cette opinion. Il est sans doute basé sur ce que

(1) Voyez la planche (n° 2. C.).

certains érysipèles se compliquent de bulles; mais il existe une grande différence entre des soulèvemens isolés, informes et souvent assez étendus de l'épiderme, comme on l'observe dans l'érysipèle, et les petites vésicules groupées, dépassant rarement la grosseur d'un pois, qui constituent le zona. Cette raison, jointe à la marche régulière de l'herpes zoster, qui est également celle de l'herpes phlycténodes, suffit pour réunir ces deux dernières affections, et distinguer le zona de l'érysipèle.

L'herpes zoster ou zona est caractérisé par la présence de plaques irrégulières, d'étendue variable, d'un rouge vif, qui sont recouvertes de vésicules agglomérées et qui se présentent sous la forme d'une demi-ceinture ou zone sur le tronc ou les membres. Ordinairement, c'est d'un point de la ligne médiane du corps que part le zona pour se rendre au point opposé, sans jamais dépasser cette ligne.

Le zona se rencontre le plus souvent au tronc, où il forme le plus ordinairement une demi-zone oblique. Il n'est pas rare non plus de le voir commencer au tronc et finir aux membres. Ainsi, souvent, parti du milieu de la région lombaire inférieure et postérieure, il entoure obliquement la région iliaque externe et antérieure pour arriver à l'aine et se terminer à la partie interne de la cuisse; ou bien, commençant à la partie moyenne et supérieure du dos, il gagne la partie postérieure de l'épaule, puis la partie antérieure, et vient se terminer au bord interne du bras, qu'il accompagne quelquefois jusqu'au bord cubital de la main. On voit aussi, dans quelques cas, partir d'une même demi-zone deux lignes dont l'une s'étend le long du membre inférieur, et l'autre remonte le long du bras. Mais de tous, le siége le plus fréquent est la base du thorax; très-rarement on le voit n'occuper seulement que

les membres. Dix-neuf fois sur vingt le zona occupe le côté droit du corps, sans qu'on puisse se rendre compte de cette singulière prédilection. Il siége quelquefois au col, à la face, et dans ce cas on l'a vu se propager jusque dans la bouche, toujours d'un seul côté. Nous l'avons vu deux ou trois fois occuper le côté droit du cuir chevelu; jamais il n'existe des deux côtés à la fois.

Dans tous les cas, ces demi-ceintures sont formées non p ar un suite de vésicules, mais par des plaques isolées qui suivent une même direction, et offrent des intervalles où la peau est parfaitement saine. Tantôt ces plaques sont très-rapprochées, tantôt les intervalles qui les séparent sont fort considérables.

La durée de la maladie est d'un à trois ou quatre septénaires.

Symptômes. Le zona se manifeste d'abord par des taches irrégulières d'un rouge assez vif, peu éloignées les unes des autres, qui sedéveloppent successi vement en raison inverse de leur éloignement de la première, et entourent ainsi une moitié du corps. Quelquefois ces taches commencent aux deux extrémités de la zone en même temps, et se rejoignent par éruptions successives. En général celles qui commencent et qui terminent cette espèce de chaîne sont plus larges, et présentent une forme irrégulièrement arrondie, tandis que les plaques, qui sont comprises entre elles, sont moins larges. Dans quelques cas rares, le développement de ces taches est précédé d'une sensation douloureuse et quelquefois brûlante qui accompagne toujours leur apparition. Si on les examine attentivement, on aperçoit bientôt une foule de petites saillies blanches comme argentées, qui ne tardent pas à augmenter de volume, et à laisser voir des vésicules distinctes, transparentes, de la grosseur et de la forme de petites perles.

Elles atteignent dans l'espace de trois à quatre jours leur plus haut degré de développement, qui dépasse rarement le volume d'un gros pois, mais qui est quelquefois plus considérable. A cette époque, la surface sur laquelle les vésicules sont développées, offre une rougeur assez vive, et la teinte rouge dépasse de quelques lignes les bords de chaque groupe de vésicules. A mesure que de nouveaux groupes se développent, ils suivent la même marche.

Vers le quatrième ou cinquième jour de l'apparition de chaque groupe de vésicules, la rougeur diminue, les vésicules se flétrissent, s'affaissent, et leur surface devient ridée.

Le fluide qu'elles renferment, de transparent qu'il était, est devenu opaque, noirâtre dans quelques unes: on trouve même dans plusieurs un véritable pus : enfin il se forme des croûtes petites, légères, d'un brun foncé, qui tombent dans l'espace de quelques jours. Les autres groupes se comportent de même, et vers le dixième ou douzième jour de la maladie, on ne trouve à la place de l'éruption que des taches rouges qui disparaissent peu à peu. Mais il arrive quelquefois, surtout pour les plaques qui sont situées à la partie postérieure du thorax, qu'il leur succède des excoriations et même de légères ulcérations, ce qui paraît résulter du frottement des parties malades contre le lit; la durée de la maladie est alors prolongée, et souvent même de beaucoup.

Telle est la marche la plus ordinaire du zona, qui du reste peut présenter beaucoup de variétés; ainsi la résorption du fluide peut avoir lieu vers le cinquième ou sixième jour, et la maladie se terminer par desquammation dès le septième ou huitième; d'autres fois, chez les personnes affaiblies par l'âge ou par la misère, les vésicules

acquièrent un volume considérable, s'ouvrent de bonne heure, et laissent après elles des ulcérations étendues et douloureuses suivies de cicatrices plus ou moins marquées. Dans quelques cas fort rares, et en particulier chez les vieillards, on a vu le zona être suivi de la gangrène de la peau sur laquelle les vésicules se sont développées.

Nous avons eu occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis un grand nombre de zona, et nous ne l'avons jamais vu accompagné de cet appareil de symptômes généraux, et surtout de symptômes gastriques, dont on a supposé gratuitement qu'il était constamment escorté : un état de malaise, dans quelques cas rares, un peu d'élévation dans le pouls, toujours de la chaleur, un sentiment de tension quelquefois bien douloureux au siége même de l'éruption, une douleur assez vive dans le zona terminé par ulcération ; enfin une douleur locale plus ou moins vive, persistant plus ou moins long-temps après la guérison, sont les seuls phénomènes qui, au moins dans le plus grand nombre des cas, accompagnent le zona. S'il était besoin de plus fortes preuves de cette assertion, nous donnerions l'opinion de M. Biett, qui n'a jamais vu ces graves accidens dont parlent les auteurs, sur plus de cinq cents exemples qui lui ont passé sous les yeux, à l'hôpital Saint-Louis, tant dans ses salles qu'au traitement externe.

Causes. L'herpes zoster attaque surtout les jeunes gens, les individus dont la peau est fine et délicate; on l'observe plus souvent chez les hommes que chez les femmes : il atteint quelquefois les vieillards, et se manifeste plus particulièrement dans l'été et dans l'automne que dans le printemps ou l'hiver. On le voit quelquefois à la suite de la variole ; chez quelques personnes, il est revenu à plusieurs reprises, d'une manière presque périodique ;

on a prétendu qu'il pouvait être héréditaire. Il peut régner épidémiquement.

Diagnostic. On ne saurait confondre cette affection avec aucune autre : sa nature vésiculeuse et sa forme en demi-ceinture sont deux symptômes qui ne permettront jamais la moindre erreur. Quelquefois, lorsque le zona commence à se développer, ou que son développement est incomplet, on n'observe qu'un seul groupe près de la ligne médiane, et on pourrait le prendre pour un *herpes phlyctænodes*; mais souvent dans ces cas il suffit d'examiner le côté opposé du corps, pour trouver encore quelques groupes de vésicules, plus ou moins étendus : enfin, il existe fréquemment entre ces groupes, ainsi éloignés, des petits points rouges, indices de nouveaux groupes qui sont sur le point de paraître : du reste l'erreur n'aurait aucun inconvénient, puisqu'au fond ce sont deux maladies semblables.

Prognostic. Le zona est presque constamment une affection peu grave; mais quand il se termine par ulcération, il peut être plus ou moins incommode ; il le serait encore bien davantage s'il était suivi de gangrène de la peau, comme on l'a observé chez des vieillards.

Traitement. Dans la presque totalité des cas, le zona disparaît sous l'influence du traitement le plus simple ; d'un régime assez sévère, du repos et des boissons délayantes, telles que la limonade, etc., sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à aucune émission sanguine, soit locale, soit générale.

Quelques bains simples sont avantageux dans les cas d'une inflammation un peu vive, et chez les sujets irritables.

Quant aux applications locales elles sont pour le moins

inutiles. Celles qu'on a le plus vantées sont l'eau saturnine, ou quelque autre liquide astringent. S'il survient des ulcérations, on les pansera avec du cérat légèrement opiacé.

Si la maladie se présentait chez un individu affaibli, soit par l'âge, soit par une maladie antérieure, on pourrait employer avec avantage quelques boissons toniques, des eaux ferrugineuses, par exemple, et en même temps relever les forces du malade par une alimentation substantielle.

Si le zona se terminait par gangrène, on aurait recours aux toniques et à des applications locales stimulantes.

Quelquefois il est difficile de triompher de la douleur que le zona laisse à sa suite; après les frictions et les applications narcotiques, il est quelquefois nécessaire d'appliquer un vésicatoire *loco dolenti*.

Enfin, dans ces dernières années, MM. Serres et Velpeau ont vanté l'application de la méthode éctrotique au zona; c'est, il faut le dire, un des cas où elle pourrait offrir le plus de chances de succès, puisqu'ici il s'agirait bien moins de faire avorter une inflammation, que de modifier la sensibilité des parties malades: cependant, elle est le plus ordinairement inutile dans une maladie qui dans la grande généralité des cas, est très-légère et très-simple.

HERPES CIRCINNATUS.

L'herpes circinnatus est une variété très-fréquente, qui se présente sous la forme d'anneaux.

L'herpes circinnatus est caractérisé par des vésicules globuleuses le plus souvent extrêmement petites, disposées de manière à former des cercles complets dont le centre est ordinairement intact, et dont les bords, d'un rouge

plus ou moins vif, sont recouverts de ces petites vésicules. Cette bande rouge est souvent fort large, comparativement au centre, surtout dans les petits anneaux, et la rougeur dépasse les vésicules, tant à la grande qu'à la petite circonférence.

Symptômes. Cette éruption s'annonce par une rougeur plus ou moins vive à l'endroit qu'elle doit occuper. La rougeur, quelquefois bornée à une surface dont l'étendue ne dépasse pas celle d'un franc, peut offrir, dans d'autres cas, environ deux pouces de diamètre. Le plus souvent exactement ronde, cette surface présente quelquefois une forme ovale. Dans les petites taches, la rougeur est bien moins vive au centre; elle est tout-à-fait nulle dans les plus grandes, et la peau y conserve sa couleur naturelle. Dans tous les cas, la circonférence du cercle ne tarde pas à se recouvrir de vésicules extrêmement rapprochées, ordinairement très-petites, mais qui, examinées avec attention, offrent une forme très-globuleuse. D'abord transparent, le fluide contenu dans ces vésicules se trouble bientôt; les vésicules s'ouvrent, et il se forme de petites squammes presque toujours fort minces, qui ne tardent pas à se détacher; et le plus ordinairement l'éruption a parcouru toutes ses périodes en huit ou dix jours; il ne reste qu'une rougeur plus ou moins vive, qui disparaît lentement.

Telle est la marche la plus ordinaire de l'herpes circinnatus; mais quelquefois le centre de l'anneau est lui-même enflammé, et il s'y établit une petite desquammation, sans que jamais il s'y développe de vésicules. Quelquefois les vésicules de l'herpes ne se terminent pas par la formation de squammes; mais le fluide qu'elles renferment est résorbé, les vésicules se flétrissent et tombent par une exfoliation presque insensible. Ceci a lieu particulièrement

pour les anneaux d'un petit diamètre; et, dans ces cas, les vésicules sont souvent si tenues, qu'il faut une très-grande attention pour les distinguer. Enfin, dans quelques cas, les cercles sont très-larges et les vésicules plus développées, tout en dépassant rarement le volume d'un grain de millet.

L'herpes circinnatus dure ordinairement huit à dix jours lorsqu'il n'y a qu'un seul anneau, ou que ceux qui existent sont peu nombreux, peu étendus, et se sont développés ensemble. Mais, dans les cas où les anneaux apparaissent d'une manière successive, la durée de la maladie peut être prolongée au delà de deux à trois septénaires. Chez les personnes dont la peau est très-fine, la rougeur subsiste quelquefois un certain temps après la disparition de l'éruption et des squammes.

Bien qu'il puisse se développer sur toutes les parties du corps, l'herpes circinnatus affecte le plus souvent les bras, les épaules, la poitrine et surtout le col et la face. Il est très-commun de voir chez des jeunes gens, et surtout chez les demoiselles dont la peau est blanche et fine, de petits anneaux herpétiques de la largeur d'une pièce de dix sous, fixés à l'une ou l'autre joue, et très-souvent au menton.

Causes.—L'herpes circinnatus attaque le plus souvent les enfans, les jeunes gens et les femmes. On l'observe surtout chez les personees blondes, dont la peau est fine. Quelquefois son apparition paraît être déterminée par l'impression du froid; à la face il peut être produit par des lotions ou des applications stimulantes. On ne saurait du reste lui assigner aucune cause spéciale.

Un peu de cuisson et de démangeaison sont les seuls symptômes qui accompagnent le développement de cette légère affection.

Diagnostic.—Des caractères si tranchés et si exclusifs

sembleraient devoir empêcher toute méprise. Cependant un petit anneau herpétique, dont les vésicules flétries ne présentent plus qu'une exfoliation légère, reposant sur un fond rouge et exactement arrondi, pourrait, dans bien des cas, en imposer pour une plaque de *Lèpre*, dépouillée de ses squammes. Mais, d'une part, la dépression du centre et la saillie des bords, de l'autre, l'unité de la surface et surtout la présence sur les bords eux-mêmes de quelques débris de vésicules, suffisent pour empêcher toute erreur, qui, du reste, ne serait pas de longue durée; car un anneau herpétique est à la veille de sa guérison, après la disparition des vésicules. D'ailleurs il est bien rare qu'il n'existe qu'une seule plaque de lèpre, et probablement on trouverait sur le reste du corps, d'autres parties où les caractères de cette dernière maladie seraient plus tranchés.

Il y aurait peut-être un peu plus de difficultés à distinguer l'herpes circinnatus du *porrigo scutulata*; d'autant mieux que le même nom, celui de Ringworm (ver en forme d'anneau), a été appliqué à ces deux maladies.

Cependant l'un (l'herpes circinnatus) est une affection vésiculeuse, et ne donne lieu qu'à des squammes; sa durée est courte; il n'est point contagieux; et lorsqu'il occupe le cuir chevelu, sa présence ne détermine point la chute des cheveux. L'autre (le *porrigo scutulata*) est une affection pustuleuse et contagieuse; sa durée est longue et indéterminée; elle donne lieu à la formation de croûtes qui augmentent d'épaisseur; on ne l'observe guère qu'au cuir chevelu, et la chute des cheveux est bientôt produite dans les points où les anneaux se développent.

Il serait peut-être plus difficile de le distinguer du *Lichen circumscriptus*, si, en général, les anneaux de l'un n'étaient pas beaucoup plus larges que ceux de l'herpes, et surtout, le plus ordinairement, si l'on ne pouvait pas reconnai-

tre, même aux débris, que celui-ci a eu pour élémens des vésicules, tandis que ce sont au contraire des papules qui caractérisent le *Lichen*.

Le *traitement* de l'herpes circinnatus est à peu près le même que celui des autres espèces; seulement on emploiera ici, avec succès, quelques lotions rendues alcalines par l'addition d'une petite quantité de sous-carbonate de soude ou de potasse dans de l'eau (un ou deux gros par livre). Souvent on voit les démangeaisons qu'occasionent les petits anneaux herpétiques de la face, et l'inflammation dont ils s'accompagnent, être réellement amendés par des applications répétées d'un peu de salive. On pourrait également faire quelques lotions avec une eau rendue astringente par l'addition d'un peu d'alun, de sulfate de zinc.

Si cette variété de l'herpes affectait simultanément plusieurs points de la surface du corps, on administrerait quelques légers laxatifs, et on ferait prendre quelques bains alcalins.

HERPES IRIS.

L'herpes iris est une variété extrêmement rare qui se présente sous la forme de petits groupes vésiculeux exactement entourés de quatre anneaux érythémateux de nuances différentes. Souvent les malades comparent eux-mêmes cette éruption à de petites cocardes. Bateman est le premier qui l'ait décrite avec soin, et qui l'ait placée dans le genre *herpes*.

Il se manifeste par de petites taches qui ne tardent pas à être remplacées par des zones de couleurs différentes. Dès le second jour, il se forme au centre une vésicule qui est bientôt entourée de vésicules plus petites. Dans l'espace de deux à trois jours, la vésicule centrale s'est aplatie, le liquide contenu s'est troublé et a pris une teinte jaunâtre;

les zones érythémateuses sont plus prononcées, elles forment quatre anneaux distincts qui entourent successivement le groupe vésiculeux placé au centre, de manière à former un disque de la largeur d'un franc, sur lequel on observe, en partant du point central à la circonférence, une teinte d'un rouge brun, puis d'un blanc jaunâtre, puis d'un rouge foncé, et enfin une teinte rosée qui se perd insensiblement avec la coloration de la peau. Le nombre de ces disques est le plus souvent assez grand. On ne rencontre pas toujours cette variété de couleurs, aussi bien prononcée.

De ces anneaux, le troisième est ordinairement le plus étroit; ils peuvent tous, mais surtout le premier, se recouvrir de vésicules.

La terminaison a lieu du dixième au douzième jour, par la résorption du liquide et une légère desquammation. Quelquefois les vésicules s'ouvrent, et il se forme de légères squammes qui ne tardent pas à tomber.

L'herpes iris peut se développer sur toutes les parties du corps : on le rencontre le plus souvent à la face, aux mains, aux coude-pieds, aux doigts, au cou, etc. Il paraît, dans certains cas, affecter les parties saillantes, telles que les malléoles.

Causes.—L'herpes iris se développe le plus souvent chez les enfans, les femmes et les individus blonds, sans qu'on puisse lui assigner une cause spéciale. Il peut se développer simultanément avec d'autres variétés du genre *herpes*.

La seule maladie qu'on pourrait confondre avec l'herpes iris, c'est *la roséole* à anneaux multiples. Cette roséole en diffère par la plus grande étendue des disques, qui dépassent quelquefois celle d'une pièce de cinq francs, et par l'absence des vésicules. C'est probablement cette éruption que Willan a placée parmi les exanthèmes. On pourrait surtout confondre l'herpes avec cette roséole

lorsque les vésicules se sont ouvertes et ont disparu; mais ordinairement, dans ces cas, il suffit d'examiner avec attention pour trouver quelques débris des vésicules.

Cette légère affection ne demande le plus souvent aucun traitement: on pourrait, dans tous les cas, lui appliquer celui de l'herpes circinnatus.

L'herpes iris est extrêmement rare, et, parmi la foule immense des maladies de la peau que M. Biett a pu voir, depuis plusieurs années, au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis, il ne l'a rencontré que trois ou quatre fois. Nous avons pu en observer tout récemment un très-bel exemple dans ses salles.

GALE (1).

La gale est une éruption essentiellement contagieuse, caractérisée par des vésicules le plus ordinairement discrètes, légèrement acuminées, transparentes au sommet, un peu plus larges à leur base, accompagnées d'un prurit plus ou moins intense.

Quelques auteurs la regardent et l'ont décrite comme une affection pustuleuse; d'autres en ont admis une variété de cette nature : c'est une erreur. La pustule, qui d'ailleurs ne se rencontre que dans le plus petit nombre des cas, n'est jamais qu'accidentelle, et depuis long-temps M. Biett considère la gale comme essentiellement vésiculeuse. Cependant il existe certaines circonstances rares où quelques vésicules deviennent évidemment pustuleuses.

La gale peut se montrer sur toutes les parties du corps, si l'on en excepte toutefois la figure, qui en est toujours préservée. Mais elle a certains siéges de prédilection : ainsi elle affecte souvent les doigts, le poignet, et en général elle se développe dans le sens de la flexion.

(1) Voyez la planche (n° 2, B.).

La gale est une maladie très-commune; elle affecte tous les âges, les deux sexes, se manifeste dans toutes les saisons, dans tous les climats, dans toutes les conditions sociales; mais elle se montre plus particulièrement dans les classes inférieures, où tout semble l'appeler : misère, privation de linge, manque absolu de soins hygiéniques. Quand elle se manifeste dans les classes élevées, presque toujours elle y a été introduite par des domestiques, une nourrice, etc.

Elle ne se développe jamais spontanément; elle n'est point épidémique; des faits nombreux, observés et recueillis à l'hôpital Saint-Louis, le prouvent évidemment. Les épidémies de gale, que l'on a publiées, étaient, suivant toutes les apparences, des affections vésiculeuses d'un autre genre (des *eczema*), dont la nature épidémique, d'ailleurs, est loin aussi d'être constatée. Elle n'est jamais endémique; elle est essentiellement contagieuse.

Le temps qui s'écoule entre la contagion et l'invasion offre des variétés importantes à noter.

Chez les enfans, elle se déclare ordinairement au bout de quatre ou cinq jours; mais cela varie encore. Ainsi, s'ils sont faibles et mous, l'incubation est plus longue; elle est beaucoup plus prompte, de deux jours seulement, s'ils sont très-forts et sanguins.

Chez les adultes, il faut de huit à douze jours au printemps et dans l'été; de quinze à vingt dans l'hiver.

Elle est plus longue *chez les vieillards*, dont la peau sèche et dure offre moins de facilité et à la transmission et au développement.

L'incubation est encore plus difficile chez ceux qui sont sous l'influence d'une phlegmasie de quelques organes intérieurs.

Les vésicules paraissent d'abord là où la peau est fine et délicate, où le nombre des vaisseaux lymphatiques est

plus grand : ainsi, dans l'intervalle des doigts, aux saignées, aux aisselles, etc. ; etc., etc. Les professions, cependant, établissent quelques variétés : chez les forgerons, les serruriers, les teinturiers, ce n'est pas aux doigts ni aux poignets que paraît d'abord l'éruption, et cela parce que la peau dans ces régions est rugueuse et moins perméable. C'est au contraire plus particulièrement aux mains qu'elle se manifeste chez les tailleurs et les couturières. Elle commence souvent à la main droite chez les maîtres d'armes. Enfin, on a cité des cas où elle avait été transmise à la face par le collet d'un manteau. Etait-ce bien la gale ? Nous en doutons ; car nous avons vu des milliers de galeux (on sait qu'ils arrivent en foule à l'hôpital Saint-Louis), sans avoir rencontré une seule fois cette éruption à la figure.

Symptômes. Quand la gale a été transmise, l'individu qui en est atteint éprouve un prurit sur les points où a eu lieu le contact. Ce prurit augmente le soir par la chaleur du lit, sous l'influence de boissons alcooliques, et d'alimens épicés. Il apparaît des vésicules qui s'élèvent légèrement et se multiplient. Elles sont acuminées, transparentes au sommet ; elles présentent une teinte légèrement rosée chez les jeunes sujets, et contiennent un liquide séreux et visqueux. Si l'individu est faible, l'éruption fait peu de progrès ; dans le cas contraire, elle s'étend rapidement. Elle a lieu dans le sens de la flexion, dans l'intervalle des doigts, puis aux poignets, aux plis du bras, aux aisselles, aux jarrets, plus tard sur le ventre. Elle peut être générale, si toutefois on en excepte la face ; mais le plus souvent elle est bornée à une surface peu étendue, au ventre et aux bras. Dans quelques cas même, elle ne consiste qu'en un très-petit nombre de vésicules, dispersées çà et là entre les doigts et au poignet.

Si les vésicules sont peu nombreuses, le prurit qu'elles

occasionent est léger ; elles conservent plus long-temps leur forme primitive. Mais si elles se multiplient rapidement, si elles ont lieu chez des sujets dont la peau est fine et délicate, la démangeaison devient insupportable. Les malades se grattent, déchirent les vésicules, le liquide qu'elles contiennent s'écoule, et elles sont remplacées par une foule de petits points rouges, souvent assez enflammés. Enfin, dans quelques cas, l'action des ongles, déterminée par le prurit, augmente encore l'inflammation, au point que la gale se complique de pustules d'*impétigo*, et souvent même d'*ecthyma*, ce que l'on n'observe guère que chez les sujets jeunes, vigoureux, sanguins, et à la suite d'excès de régime.

Quelque étendue que soit l'éruption, elle ne détermine jamais ces accidens redoutables que l'on s'est plu à lui attribuer. Les éruptions, et les phlegmasies internes, qui pourraient l'accompagner, ne sont que des complications.

La jeunesse, le tempérament sanguin, le sexe masculin, le maniement des tissus lanugineux, le printemps, l'été, les climats méridionaux semblent être autant de causes qui prédisposent à la gale.

Elle affecte plus particulièrement l'enfance et la jeunesse, et la raison, comme le fait fort bien observer M. Biett, se trouve surtout dans la proportion considérable des individus de cette catégorie.

Il résulte du dépouillement des malades atteints de la gale, qui se présentent à l'hôpital Saint-Louis, qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les hommes. Mais cela tient-il à une disposition particulière ? Il est plus probable que c'est qu'ils y sont plus exposés.

Les tempéramens sanguins et lymphatiques sont ceux qui en ont offert plus d'exemples. Elle est bien plus rare

chez les tempéramens bilieux. Mais cela tient à ce que ces tempéramens se trouvent eux-mêmes dans une proportion beaucoup moindre.

Enfin on l'observe très-fréquemment chez les tailleurs, les couturières, les matelassiers, etc., etc.

Quant à la cause prochaine, elle est encore entièrement inconnue; on l'a tour à tour attribuée à un principe acide, à un ferment particulier, et enfin à la présence d'un insecte.

Admis d'abord par Avenzoar, plus tard par Ingrassias et Joubert, l'acarus fut décrit depuis, plus longuement par Moufet, dessiné d'après nature par Hauptmann; et enfin présenté au dix-septième siècle, avec beaucoup de détails, par François Redi, dans son développement et dans la manière dont il détermine les vésicules. L'acarus fut envisagé et classé, sous le rapport de l'histoire naturelle, par Linnée, Degur, Fabricius et Latreille.

On doutait encore de son existence, quand, en 1812, les expériences de M. Gales, ancien pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, furent tellement heureuses, qu'elles semblaient devoir détruire à jamais le moindre doute.

Les premières ne réussirent point; mais plus tard celles qu'il tenta furent couronnées d'un tel succès, qu'il en aurait recueilli plus de trois cents; il a pu même décrire leur génération, leur ponte, etc.

Cependant ces expériences ont été recommencées depuis plusieurs fois, et elles n'ont jamais amené le même résultat.

En 1818, 1819, etc., et depuis, vingt fois peut-être, M. Biett les répéta lui-même : il s'arma de loupes excellentes, des meilleurs microscopes; il se servit même du microscope horizontal d'Amici. Ces expériences furent faites sur un très-grand nombre d'individus, et dans les conditions les plus favorables pour faire découvrir l'insecte

s'il existe réellement. Eh bien ! il ne l'a jamais rencontré.

Ces recherches ont été faites ailleurs qu'en France, et l'on n'a pas été plus heureux.

Malgré toutes les descriptions, et même les diverses figures qui ont été données par les auteurs, qui ont *vu* l'acarus scabiei, et pensant que le passage de Morgagni lui-même appartient plutôt à la maladie pédiculaire, nous nous croyons autorisés à penser que l'acarus n'existe pas.

Diagnostic. Si la gale est le plus souvent très-facile à reconnaître, il est aussi des cas où il est très-difficile de la distinguer de quelques éruptions tout-à-fait différentes, et surtout non contagieuses ; cependant c'est une des maladies de la peau dont le diagnostic est le plus important, car la moindre erreur peut non-seulement compromettre la réputation du médecin, mais elle peut encore, d'une part, faire naître des soupçons injustes ou même priver quelqu'un de sa place, etc., ou de l'autre, laisser une famille tout entière dans une sécurité perfide, sur une maladie dont la contagion rapide a bientôt atteint toutes les personnes de la maison.

L'une des éruptions qui est le plus souvent confondue avec la gale, c'est le *prurigo*.

Mais indépendamment des caractères primitifs que l'on peut toujours retrouver, et qui sont pour l'une des *papules*, et pour l'autre des *vésicules*, le prurigo a pour siége ordinaire le dos, les épaules et les membres dans le sens de l'extension. Nous avons vu que la *gale* affectait de préférence le sens de la flexion. Dans le prurigo, les *papules*, presque toujours déchirées, présentent à leur sommet un petit caillot sanguin desséché, noir ou noirâtre. Les vésicules de la gale, quand elles ont été déchirées, sont surmontées d'une petite squamme mince, jaunâtre.

Le prurit est plus âcre, plus brûlant dans le prurigo. Enfin le prurigo n'est point contagieux.

Le *lichen simplex* pourrait quelquefois en imposer pour la gale; mais avec un peu d'attention, on s'assurera bientôt qu'il est constitué par des papules, que ces papules sont ordinairement très-rapprochées, ce que l'on n'observe presque jamais dans la gale: qu'elles conservent la teinte de la peau, au lieu que les vésicules de la gale sont légèrement rosées; que lorsqu'il existe aux mains (où il peut surtout être confondu), il occupe la face dorsale, et non pas l'intervalle des doigts comme les vésicules de la gale; qu'il recouvre ordinairement les faces externes des membres; que le prurit est peu sensible; qu'il n'est point contagieux.

On la distingue plus facilement encore du *lichen urticatus*, dont les démangeaisons sont plus vives, il est vrai, mais dont les papules, plus enflammées, plus larges, plus saillantes, sont plus facilement appréciables.

Enfin la gale pourrait être confondue avec l'*eczema*, surtout avec l'*eczema simplex*; mais les vésicules sont aplaties, tandis qu'elles sont acuminées dans la gale. Elles sont agglomérées en plus ou moins grand nombre dans l'*eczema*; dans la gale elles sont le plus ordinairement discrètes. Le prurit de l'*eczema* est une espèce de cuisson générale, bien différente de ces exacerbations qui caractérisent celui de la gale. L'*eczema* n'est point contagieux, au mo a dansla presque totalité des cas.

La gale peut se compliquer de plusieurs éruptions d'un ordre tout-à-fait différent.

Une de celles qui la compliquent le plus souvent, c'est encore l'*eczema*, occasioné le plus ordinairement par des lotions et des frictions irritantes; c'est cette éruption que déterminent les remèdes de certains charlatans, qui persuadent au public qu'ils font sortir la gale.

L'irritation de la peau peut être assez vive, assez intense, pour que la gale se complique de pustules d'*impétigo*, le plus souvent d'*ecthyma*, qui se manifestent surtout sur les points occupés par des vésicules en grand nombre : ce sont ces cas que l'on a pris pour des gales pustuleuses ; mais c'est à tort : ce ne sont que des complications, que l'on rencontre surtout chez les sujets jeunes, sanguins et irritables.

L'inflammation, augmentée encore par l'action des ongles, peut se prolonger jusqu'au tissu cellulaire, et il n'est pas rare de voir survenir souvent un assez grand nombre de furoncles. On rencontre quelquefois, chez le même malade, à la fois, des vésicules de gale, des pustules d'impétigo, des pustules d'ecthyma, et des furoncles.

Enfin, dans quelques cas plus rares, il survient en même temps que la gale, ou peu de temps après son éruption, des petites papules de *lichen*.

Quant aux phlegmasies des organes intérieurs, elles sont très-rares chez les galeux, et quand elles existent, ce ne sont que des maladies concomitantes. Si quelques cas d'inflammation de la muqueuse gastrique, intestinale, etc., ont coïncidé avec la disparition de la gale, est-ce bien à cette disparition qu'il faut attribuer les accidens, ou n'est-ce pas plutôt à la phlegmasie intérieure elle-même, sous l'influence de laquelle la gale disparaît?

Enfin la gale peut exister avec la *syphilis*, les *scrofules*, sans que ces maladies soient en aucune façon influencées l'une par l'autre. Le *scorbut*, dans quelques cas extrêmement rares, imprime aux vésicules psoriques une teinte livide.

Prognostic. La gale, par elle-même, est une maladie légère; ses complications seules peuvent ajouter plus ou moins de gravité à son prognostic, suivant qu'elles en présentent plus ou moins elles-mêmes; elle n'occasione ja-

mais, du reste, ces accidens que quelques auteurs ont signalés.

La gale ne se termine jamais spontanément, elle n'est jamais critique, et les cas que l'on a présentés comme tels, étaient évidemment des éruptions bien différentes; elle ne se termine jamais par la mort, jamais par une autre maladie; il arrive quelquefois qu'il existe en même temps qu'elle, ou qu'il s'est développé pendant son traitement, une autre éruption qui persiste après elle; mais ce n'est pas là une conversion. Abandonnée à elle-même, elle peut durer des années, et même toute la vie. Soumise à un traitement rationel, sa durée varie depuis dix jours jusqu'à un et même plusieurs mois, suivant les complications qui s'opposent souvent aux moyens de traitement, et qui peuvent amener plus ou moins de retard pour la guérison.

Traitement. La gale est une maladie purement locale; aussi ne réclame-t-elle que des moyens locaux, et les saignées et les purgatifs, qui faisaient autrefois partie essentielle de son traitement, ne sont-ils employés maintenant que fort rarement, et seulement dans les cas d'indications particulières. C'est ainsi que souvent on aidera beaucoup le traitement local en pratiquant une saignée du bras chez un malade jeune, sanguin, vigoureux, chez lequel l'éruption est générale, et accompagnée de démangeaisons très-vives; ou bien en administrant un purgatif, soit au début, soit dans le cours du traitement, à un individu d'une constitution molle, lymphatique, et chez lequel il existerait une constipation habituelle.

Quant aux moyens locaux proposés pour le traitement de la gale, ils sont trop nombreux pour que nous devions les relater tous ici; nous nous contenterons donc de signaler ceux qui sont dangereux, et ceux qu'il convient d'employer dans la plupart des cas.

En général, les *préparations mercurielles*, et à leur tête la *pommade citrine*, et la *quintessence antipsorique* qui paraît avoir pour base le sublimé, doivent être remplacées, avec beaucoup d'avantages, par des moyens plus doux, et entraînent, dans la plupart des cas, des accidens souvent même fort graves. Ainsi, indépendamment des éruptions accidentelles qu'elles déterminent presque constamment, et qui retardent la guérison, elles occasionent presque toujours des engorgemens des glandes salivaires, des salivations, quelquefois même des glossites, etc. Elles doivent être rejetées du traitement de la gale.

Parmi les moyens que l'expérience a démontrés le plus convenables, nous citerons d'abord *la poudre de Pyhorel*; c'est du sulfure de chaux broyé. On fait faire des frictions avec demi-gros, deux fois par jour, dans les paumes des mains, en le délayant avec une très-petite quantité d'huile d'olive. La durée moyenne du traitement est de quinze jours.

Ce moyen ne convient guère que dans les cas de gale récente et peu étendue.

Le liniment *de M. Jadelot* est souvent utile, et cependant c'est un des moyens à la suite desquels on observe le plus souvent des éruptions accidentelles. La durée moyenne est de quinze jours.

Les lotions *de Dupuytren* consistent dans quatre onces de sulfure de potasse, dans une livre et demie d'eau, avec addition d'une demi-once d'acide sulfurique. Les malades lavent deux fois par jour avec cette dissolution, les parties qui sont couvertes de vésicules; ce moyen est très-avantageux, et surtout très-commode, chez les malades qui ne veulent point de pommades; mais il ne convient guère chez les sujets irritables, car il détermine souvent des cuissons assez douloureuses, et d'ailleurs la durée moyenne du traitement est de seize jours.

La pommade *d'ellébore* incorporé dans de l'axonge à la dose d'un huitième, a donné, sur un assez grand nombre de cas recueillis et observés par M. Biett, une durée moyenne de treize jours et demi sans jamais causer d'accidens.

Mais de toutes les méthodes, celle qui réussit le plus constamment, le plus promptement, et qui détermine le moins souvent des éruptions accidentelles, c'est celle d'*Helmerich*, modifiée et employée presque exclusivement depuis plusieurs années par M. Biett.

Elle consiste à faire faire au malade, matin et soir, sur tous les points qui sont occupés par des vésicules, des frictions, d'une demi-once chaque, avec la pommade sulfuro-alcaline suivante : *soufre sublimé*, deux parties; *sous-carbonate de potasse*, une partie; *axonge*, huit parties. On fait prendre au malade un bain simple tous les jours ou même tous les deux jours.

La durée moyenne du traitement est de douze jours.

Chez les enfans, les lotions d'eau de savon et des bains sulfureux artificiels sont les seuls moyens à employer.

M. Delpech a proposé des frictions avec une huile douce. Cette méthode a été expérimentée à l'hôpital Saint-Louis par M. Biett, avec des résultats variables.

Les bains et les fumigations sont de très-bons auxiliaires dans le traitement de la gale; mais seuls, ils guérissent bien difficilement. Les bains sulfureux sont ceux qui procurent une guérison plus prompte; ils n'entraînent jamais d'accidens; la durée moyenne est de vingt-cinq jours.

Quant aux fumigations sulfureuses, elles sont loin de produire les merveilleux effets qu'on leur a attribués; elles sont souvent utiles comme auxiliaires, surtout chez les vieillards; seules, elles constituent un traitement dont la durée moyenne est de trente-trois jours, à une fumigation par jour; mais souvent ce traitement est très-

fatiguant, et ne peut être supporté par les malades. Que doit-on penser de ces conseils, qui consistent, pour en abréger la durée, à faire prendre deux fumigations sulfureuses dans la journée ?

Le plus souvent, ce sont les bains simples, que l'on adjoint dans le traitement de la gale, aux moyens locaux. Cependant il est des cas où il se forme sans cesse des vésicules nouvelles, où elles ne se flétrissent et ne disparaissent que lentement. Alors il est souvent avantageux de les alterner avec des fumigations sulfureuses, ou mieux encore avec des bains sulfureux. Les bains alcalins conviennent surtout quand le malade est en proie à de trop vives démangeaisons.

Quelle que soit la méthode adoptée, si la maladie vient à être compliquée de quelque éruption accidentelle, d'*eczema*, par exemple, il faut interrompre le traitement, et donner au malade des boissons délayantes ou un peu acidulées. Quelquefois la gale présente dans son début, ou se complique, pendant le traitement, de pustules d'impétigo ou d'ecthyma, etc. Alors il ne faut pas de suite avoir recours aux lotions et aux frictions irritantes, ou il faut les cesser, si elles sont commencées. Au contraire, on insiste sur les bains simples, on administre des boissons légèrement laxatives; et souvent il est bon de faire tremper les mains et les avant-bras, qui sont le plus ordinairement le siége de ces pustules, dans des bains locaux émolliens, d'eau de son, d'eau de guimauve, ou d'eau de vaisselle grasse.

Pour assurer la guérison et prévenir une récidive, on désinfectera les vêtemens, et surtout ceux de laine, par un courant de gaz acide sulfureux. On continuera pendant quelques jours l'usage des bains simples.

Enfin le malade changera de linge le plus souvent qu'il lui sera possible.

BULLES (1).

Les maladies rangées dans cette ordre sont caractérisées par des soulèvemens, quelquefois assez étendus, de l'épiderme, formés par un fluide séreux ou séro-purulent épanché. Ces tumeurs, connues sous le non de *bulles*, sont en général régulièrement circulaires : leur base est large, et leur volume, qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf d'oie, les distingue des *vésicules*, qui offrent un volume beaucoup moindre.

Les inflammations bulleuses proprement dites sont au nombre de deux : le *pemphigus* et le *rupia*.

Le rupia a été classé par Bateman parmi les *vésicules*; mais, comme depuis plusieurs années M. Biett le fait observer à sa clinique, il convient de le ranger parmi les affections bulleuses. Dans quelques maladies de la peau, étrangères à cet ordre, on observe quelquefois des lésions analogues ; mais alors leur développement est tout-à-fait accidentel ; ce sont de simples complications qui ne peuvent prévaloir sur les caractères élémentaires de la maladie, qui domine toujours d'une manière bien distincte. C'est ainsi que dans une variété de l'*herpes* (*zona*) quelques vésicules prennent un accroissement plus considérable que les autres, et constituent de véritables petites bulles. Mais les vésicules proprement dites sont en bien plus grand nombre, et d'ailleurs, tous les autres symptômes, bien loin de se rapprocher de ceux des inflammations bulleuses, en diffèrent sous tous les rapports. Enfin, on

(1) Voyez la planche (n° 3.).

doit encore regarder comme accidentel le développement de cette même lésion dans l'érysipèle, qui offre d'ailleurs des symptômes bien tranchés.

Les inflammations bulleuses, bien qu'elles puissent exister à l'état aigu, sont le plus souvent chroniques ; elles peuvent affecter toutes les parties du corps par leur développement successif ; elles attaquent souvent des surfaces fort étendues ; mais il est rare de les voir couvrir toute la peau simultanément. Enfin, le plus ordinairement, elles sont bornées aux membres, surtout aux membres inférieurs. Leur durée varie depuis un ou deux septénaires jusqu'à plusieurs mois ; quelquefois même elles se prolongent indéfiniment.

Symptômes. L'apparition des bulles est souvent précédée d'une rougeur plus ou moins vive ; mais dans beaucoup de cas l'épiderme est soulevé, sans que l'on ait observé préalablement la moindre rougeur érythémateuse. Ordinairement ce soulèvement est d'abord peu étendu, mais peu à peu la base s'élargit, et la bulle acquiert un volume souvent très-considérable dans un espace de temps variable, mais qui dépasse rarement quarante-huit heures. Les bulles sont tendues dans les premiers temps de leur développement, mais elles deviennent flasques en même temps que le fluide contenu s'épaissit ; d'autres fois elles se rompent. Dans tous les cas elles s'ouvrent plus ou moins promptement, suivant l'épaisseur de l'épiderme, suivant leur distension, leur siége, et les mouvemens du malade ; et elles sont remplacées par des croûtes, quelquefois fort minces, d'autres fois très-épaisses. Les bulles qui se développent à la face sont en général très-petites ; elles s'ouvrent très-promptement, et sont suivies de croûtes, quelquefois analogues à celle de l'impétigo. Dans certains cas, les bulles sont remplacées par des ulcérations plus ou

moins superficielles; mais le plus ordinairement profondes dans le rupia.

Causes. Les causes des affections bulleuses sont en général difficiles à apprécier; elles paraissent, dans le plus grand nombre de cas, coïncider avec une constitution plus ou moins détériorée.

Diagnostic. Il est en général facile de distinguer ces inflammations. Les vésicules, qui pourraient surtout en imposer pour elles, en diffèrent, par l'étendue bien moindre dans laquelle l'épiderme est soulevé. Le diagnostic est dans quelques cas plus difficile quand les bulles ont été rompues et sont remplacées par des croûtes plus ou moins épaisses. Cependant les caractères propres à chaque espèce suffisent pour faire reconnaître si elles ont été ou non précédées de bulles; il en est de même des traces que les affections bulleuses laissent sur la peau. Du reste, c'est surtout aussi à l'aide de caractères négatifs que l'on doit procéder dans ces cas, qui d'ailleurs demandent souvent beaucoup d'habitude pour établir le diagnostic.

Prognostic. Les inflammations bulleuses deviennent quelquefois graves, surtout quand elles existent depuis long-temps chez des individus affaiblis par l'âge, et d'une constitution détériorée; dans ces circonstances, d'ailleurs, elles accompagnent souvent une affection chronique de quelque organe intérieur, et souvent du foie.

Elles réclament quelquefois un traitement antiphlogistique; d'autres fois, au contraire, il faut avoir recours aux toniques, aux préparations ferrugineuses; enfin elles exigent surtout des soins hygiéniques bien entendus.

PEMPHIGUS (1).

On désigne sous le nom de *pemphigus*, de πέμφιξ, *bulla*, une affection caractérisée par la présence, sur une ou différentes parties du corps, de bulles d'une étendue variable, mais surtout très-volumineuses, d'un diamètre quelquefois de deux pouces et plus, renfermant une *sérosité* d'abord très-limpide, et qui ne tarde pas à devenir rougeâtre, le plus souvent isolées, mais nombreuses, ou se prolongeant par des éruptions successives, et ne donnant jamais lieu qu'à des croûtes peu épaisses et des excoriations superficielles.

Willan a été conduit par le vague et les dissidences qui règnent dans les descriptions que les auteurs ont données du pemphigus, à nier l'existence de cette affection, caractérisée, suivant eux, par une éruption de bulles à base rouge, enflammée, et accompagnée de fièvres. Il admet seulement le pemphigus chronique, sous le nom de pompholix, et le définit une éruption de bulles sans inflammation environnante et sans fièvre. Bateman paraît avoir entièrement adopté l'avis de Willan sur la non-existence d'une maladie bulleuse aiguë, et M. Samuel Plumbe, tout en admettant que le pompholix puisse offrir des symptômes aigus, semble nier l'existence du pemphigus.

Cependant M. Gilibert, dans son excellente *Monographie sur le pemphigus*, a prouvé que cette maladie, qu'il a décrite avec une rare précision, se présentait souvent avec les symptômes que Willan paraît révoquer en doute. D'après cette autorité, et surtout d'après un certain nombre de faits observés à l'hôpital Saint-Louis, M. Biett admet l'existence du pemphigus aigu.

(1) Voyez la planche (n° 3, D.).

Le pemphigus présente deux variétés distinctes, suivant qu'il est aigu ou chronique.

Le pemphigus aigu peut être partiel et n'occuper qu'une seule région; mais il est en général étendu sur une surface assez large, et peut même envahir la presque totalité du corps.

Dans ces cas, les bulles sont presque toutes séparées les unes des autres, et on ne les trouve confluentes que çà et là.

Tantôt les symptômes précurseurs, peu intenses, ne consistent que dans un état de malaise général, accompagné de vives démangeaisons à la peau, et une légère accélération du pouls. Tantôt la peau est sèche, brûlante; il y a de la soif, de l'anorexie, des frissons; le pouls est fréquent. Cet état dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois trois jours. Bientôt l'éruption commence; elle consiste d'abord en de petites taches rouges, circulaires, qui augmentent bientôt d'étendue, et se recouvrent promptement d'une bulle qui résulte du soulèvement de l'épiderme par de la sérosité épanchée sur toute la surface rouge, ou sur une partie seulement; tantôt ces taches rouges se recouvrent de bulles presque aussitôt; tantôt les bulles ne s'y développent que quelques heures après. Dans quelques cas, les bulles recouvrent toute la surface enflammée, et l'on n'aperçoit alors que de petites tumeurs transparentes, isolées, en plus ou moins grand nombre, et dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, assez régulièrement arrondies; dans d'autres cas, au contraire, l'épiderme n'est pas soulevé dans toute la tache rouge de la peau, mais seulement au centre et dans une étendue variable : c'est ainsi que quelquefois, sur une tache dont la largeur égale celle d'une pièce de trente sols, on n'observe au centre qu'une bulle

du volume d'un pois, tandis que dans d'autres circonstances, au contraire, une auréole de quelques lignes seulement entoure la collection séreuse. Enfin dans quelques cas encore, on trouve çà et là des taches érythémateuses sur lesquelles il ne s'est point développé de bulles; mais alors, en passant le doigt sur ces surfaces, on sent une légère tuméfaction, et, si l'on frotte, l'épiderme s'enlève avec une extrême facilité : ce qui résulte d'un léger épanchement de sérosité sous cette membrane. La rougeur des auréoles plus ou moins larges, est très-vive dans les premiers jours, et celle des taches sans bulles l'est beaucoup moins; la peau, dans les intervalles, reste entièrement saine.

Si nous avons un peu insisté sur cette rougeur, c'est qu'elle avait été révoquée en doute par quelques auteurs, comme nous l'avons annoncé au commencement de ce chapitre.

Quelquefois plusieurs bulles se réunissent et forment une tumeur qui peut dépasser le volume d'un œuf d'oie.

Lorsqu'elles ont acquis tout leur développement, les bulles, distendues par une sérosité citrine, se flétrissent, et le liquide qu'elles contiennent ne tarde pas à se troubler. Quelquefois elles s'ouvrent dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures. Elles sont remplacées par de petites croûtes minces, brunâtres, qui commencent à se former avant que la rougeur ait disparu. Quelquefois même ce sont seulement de petites lamelles sèches, blanchâtres, comme épidermiques.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette maladie sont quelquefois très-légers, et même les malades ne s'alitent pas; mais, dans d'autres cas, ils sont très-intenses. Nous avons observé un malade, à l'hôpital Saint-Louis, chez lequel cette affection fut accompagnée, non-seulement d'une irritation gastro-intestinale, mais encore

d'un catarrhe pulmonaire, d'une ophthalmie et d'une urétrite fort aiguës. La langue était très-tuméfiée, et les lèvres recouvertes de croûtes noirâtres. Tous ces symptômes, ainsi que l'éruption, ont disparu entièrement dans l'espace d'un mois.

La durée ordinaire du pemphigus aigu est moindre; elle varie de un à trois septénaires.

Le pemphigus aigu affecte quelquefois les enfans : les symptômes sont absolument les mêmes. Quant au *pemphigus infantilis* ou *gangrenosus*, il nous semble se rapporter plutôt au *rupia escarrotica*.

Le *pompholix solitarius* de Willan paraît être une variété du pemphigus aigu. Le développement de la bulle est précédé d'un sentiment de fourmillement, sa marche est rapide, et bientôt l'épiderme est soulevé par plusieurs onces de sérosité. La bulle s'ouvre dans l'espace de quarante-huit heures, et laisse une légère excoriation. Un ou deux jours après, une autre bulle s'élève près de la première, et suit la même marche. Souvent il s'en développe ainsi successivement deux ou trois, de sorte que la maladie peut durer huit à dix jours.

Cette variété est excessivement rare; elle peut aussi exister à l'état chronique, et M. Biett en a fait voir un exemple très-intéressant dans ses leçons cliniques.

Le *pemphigus chronique* (*pompholix diutinus*, Willan) est une maladie plus commune que le pemphigus aigu. On l'observe chez les adultes, et souvent chez les hommes avancés en âge, plus rarement chez les femmes.

Cette affection occupe souvent à la fois toutes les régions du corps; d'autres fois elle est bornée à une surface peu étendue. On n'y observe pas, comme dans le pemphigus aigu, de symptômes fébriles constans; ils n'ont même jamais lieu que lorsque l'éruption bulleuse est très-

étendue, et elle peut se prolonger indéfiniment par des éruptions successives.

Quelques jours avant l'éruption, le malade éprouve quelquefois un peu de lassitude, des douleurs dans les membres, un peu d'abattement; mais ces symptômes sont très-légers, et le plus souvent on n'y fait aucune attention. Cependant il survient un nombre variable de petits points rouges, accompagnés d'un peu de fourmillement. Au centre de chaque petite tache, l'épiderme se soulève. La base s'élargit de plus en plus, de manière à former, souvent dans l'espace de quelques heures seulement, des bulles le plus ordinairement irrégulières, du volume d'une noisette, ou même d'une noix; la distension devient de plus en plus grande, et, au bout de deux ou trois jours, les bulles ont acquis souvent la grosseur d'un œuf et même plus. Soit par suite de cette distension, soit par les mouvemens du malade, quelques unes s'ouvrent, et laissent échapper la sérosité citrine qu'elles contenaient : alors, l'épiderme se plisse et s'affaisse; ou, détaché dans une partie de sa circonférence, il se roule sur la surface enflammée dont il laisse une partie à découvert; ou bien encore, exactement enlevé, il laisse à nu une surface plus ou moins large, rouge, douloureuse, légèrement excoriée, au pourtour de laquelle la peau vient se rendre en se fronçant, et qui donne lieu à une légère exfoliation épidermique. Vers le troisième ou quatrième jour, en même temps qu'elles perdent leur transparence, que le liquide devient rougeâtre, les bulles qui n'ont point été rompues se flétrissent, l'épiderme n'est plus tendu; macéré par la sérosité, il prend une teinte blanchâtre; il devient opaque, et il se forme des petites croûtes brunâtres, peu épaisses, aplaties.

Enfin, des bulles nouvelles s'élèvent à côté des anciennes et suivent la même marche; de sorte que l'on peut voir le

plus ordinairement, chez le même individu, des bulles distendues par une sérosité transparente et citrine, des croûtes lamelleuses, peu épaisses, et des taches irrégulières, rouges, plus ou moins larges, légèrement excoriées. Du reste, la peau du malade chez lequel on observe tous ces degrés, depuis la formation des bulles jusqu'à leur disparition complète, présente un aspect tout-à-fait particulier. Telle est la marche la plus ordinaire du pemphigus chronique, qui peut ainsi se prolonger des mois entiers.

Dans quelques cas, beaucoup plus rares, le pemphigus occupe toute la surface de la peau à la fois. Les bulles sont confluentes, elles se réunissent, le liquide s'épaissit, devient comme purulent, et bientôt tout le corps est couvert de croûtes jaunes, que l'on pourrait prendre pour celles de l'*impétigo;* ces croûtes sont peu épaisses, et la plupart présentent à leur circonférence, et dans leur forme, quelque chose qui dénote qu'elles ont succédé à des bulles. En effet, quelques unes extrêmement minces, semblent tombées au centre; et la circonférence, grâce à sa ténuité, présente des espèces de rides semblables à celles de la peau, qui se forment autour des bulles. Elles constituent presque une enveloppe continue, dont les intersections sont formées par des squammes, qui se recouvrent un peu les unes et les autres. Il est plus fréquent de voir cette variété bornée à la face, qui elle-même est un siége peu commun du pemphigus.

Quelquefois le développement des premières bulles est précédé de celui de taches rouges, circulaires, comme dans le pemphigus aigu; mais les éruptions qui succèdent n'offrent pas le même phénomène, et *vice versâ;* d'autres fois les éruptions secondaires peuvent présenter des auréoles érythémateuses.

Quelquefois, enfin, la maladie se fixe pour ainsi dire

sur un seul point ; c'est ainsi que nous avons vu dans les salles de M. Biett un homme âgé de trente ans, qui depuis sa plus tendre enfance était affecté d'un pemphigus, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, et qui présentait à la partie inférieure des jambes une surface d'un rouge pourpre, semblable à celle que l'on trouve chez les personnes qui sont souvent affectées d'ulcères atoniques sur ces parties. Il se développait continuellement en cet endroit, et depuis un grand nombre d'années, des bulles de pemphigus, ayant tantôt le volume d'une petite amande, tantôt celui d'une forte noix : elles acquéraient quelquefois la largeur de la paume de la main ; dans ce dernier cas, le derme était dénudé dans une grande étendue, et la surface, mise à nu, offrait toute l'apparence d'un large ulcère atonique dont la cicatrisation se ferait long-temps attendre ; mais il n'en était pas ainsi, et souvent dès le surlendemain cette surface se trouvait entièrement cicatrisée ; de nouvelles bulles s'y développaient, et leur disparition était suivie des mêmes phénomènes.

Dans les cas graves, le malade est obligé de garder le lit ; mais rarement il existe de la fièvre ; quand au contraire le pemphigus est moins étendu, les malades ne s'alitent point, et les bulles se développent successivement sur divers points, pendant un temps infini.

Le pemphigus peut exister avec une foule d'éruptions différentes ; celles avec lesquelles il coexiste le plus souvent, sont l'*herpes* et le *prurigo*. Dans cette dernière complication (*pompholix pruriginosus* de Willan), le malade éprouve des démangeaisons très-vives. Le pemphigus chronique peut être compliqué d'une foule de maladies chroniques des organes intérieurs.

D'après ce que nous avons dit de la marche du pemphigus, on peut juger combien sa durée est indéterminée ; elle varie depuis un, deux ou trois septénaires jusqu'à

des mois et des années, et même elle peut se prolonger indéfiniment. Souvent il se développe en été, et disparaît vers les derniers mois de l'automne.

Le pemphigus se termine souvent par la guérison, quelquefois par la mort, qui est le plus ordinairement le résultat de complications plus ou moins graves; elle est souvent la suite, par exemple, d'une hydropisie soit générale, soit de l'une des grandes cavités, comme on le voit fréquemment chez les vieillards qui sont depuis plusieurs années atteints d'un pemphigus; ou bien elle termine des phlegmasies chroniques de l'appareil digestif.

Nécropsie. Nous avons eu occasion de faire à l'hôpital Saint-Louis plusieurs ouvertures de cadavres, et jamais nous n'avons trouvé ces bulles que l'on a dit exister sur les muqueuses, et surtout au pharynx; le plus souvent, au contraire, nous avons trouvé ces membranes pâles, et de la sérosité épanchée dans la poitrine. Plusieurs fois nous avons rencontré le foie gras, et M. Biett a vu fréquemment cette lésion anatomique coïncider avec le pemphigus.

Causes. Le pemphigus peut attaquer tous les âges, mais surtout les adultes et les vieillards; on le rencontre chez les deux sexes, mais les femmes y paraissent moins sujettes que les hommes. Quelques personnes en sont affectées un grand nombre de fois dans leur vie, et à des intervalles plus ou moins éloignés; chez d'autres, les bulles du pemphigus chronique peuvent se développer par des éruptions successives, pendant un temps infini. Dans quelques circonstances il semble être endémique; ou bien il affecte un grand nombre de personnes à la fois.

Le *pemphigus aigu* se manifeste souvent, en été, chez les individus qui travaillent au soleil; la dentition, les écarts de régime, les excès, etc., ont paru dans certains

pas exercer une influence marquée sur son développement; il n'attaque que les jeunes sujets.

Le *pemphigus chronique* affecte surtout les vieillards, les individus d'une constitution détériorée. Une nourriture malsaine et peu abondante, des travaux forcés, des veilles, le séjour dans des endroits bas et humides y prédisposent évidemment. On l'a vu se développer à la suite d'affection chronique, rhumatismale, ou des viscères abdominaux.

Diagnostic. La présence de *bulles* le plus souvent isolées, auxquelles succède une croûte mince, lamelleuse, qui recouvre en tout ou en partie la surface dépouillée de l'épiderme; empêche toujours de confondre le pemphigus avec d'autres affections cutanées.

On le distingue du *rupia simplex* en ce que les bulles de ce dernier sont rares, qu'elles sont suivies de véritables ulcérations, et qu'il se forme des croûtes épaisses et proéminentes.

Dans l'*ecthyma*, il arrive quelquefois que l'épiderme, soulevé dans une certaine étendue par du pus, forme une espèce de bulle; mais ici le fluide est purulent, et non séreux. L'épiderme soulevé offre au centre un point brunâtre, et d'ailleurs on trouve sur d'autres parties des pustules d'ecthyma à une période moins avancée.

Dans l'*herpes*, les vésicules sont toujours réunies en groupe sur une surface rouge et enflammée, tandis que les bulles du pemphigus sont isolées, et dans le plus grand nombre de cas sans aucune rougeur circonvoisine. Cependant dans quelques circonstances assez rares, quelques bulles du pemphigus aigu sont petites et agglomérées çà et là, et la maladie ressemble assez bien à des groupes d'*herpes phlyctenodes*; mais alors, on trouve, partout autre part, les bulles isolées, avec leurs caractères distinctifs, et d'ailleurs, ces groupes sont formés par une

agglomération de bulles qui, quoique petites, sont toujours plus volumineuses que les vésicules qui constituent ceux de l'herpes.

Les bulles qui s'élèvent sur une surface *érysipélateuse* diffèrent du pemphigus par la présence de l'érysipèle lui-même, dont elles ne forment qu'un caractère accidentel.

Dans quelques cas, les croûtes qui succèdent au pemphigus peuvent en imposer pour un *impétigo*; mais, si elles forment, comme nous l'avons dit plus haut, une enveloppe presque générale, on ne saurait s'y méprendre, car l'impétigo est le plus souvent borné à une surface peu étendue, et il recouvre bien rarement la totalité du corps. D'ailleurs les croûtes de l'inflammation pustuleuse sont rugueuses, épaisses, chagrinées; au lieu qu'ici ce sont des croûtes minces, souvent bombées au centre, quelquefois plissées à la circonférence et comme d'une seule pièce; elles représentent le plus ordinairement et la forme et l'étendue des bulles auxquelles elles ont succédé.

Les taches que laisse le pemphigus offrent quelque chose de caractéristique pour ceux qui ont une grande habitude des maladies de la peau, mais qu'il serait difficile de décrire. C'est ainsi que plusieurs fois, sur leur simple inspection, nous avons vu M. Biett diagnostiquer la préexistence d'une éruption bulleuse qui avait déjà disparu depuis un certain temps. Elles sont d'un rouge sombre, séparées les unes des autres, d'une forme irrégulière, d'une étendue relativement très-variable, et il s'y forme de temps en temps une légère exfoliation épidermique.

Prognostic. Le prognostic du *pemphigus aigu* n'est point grave par lui-même; il se termine toujours heureusement, à moins de complications sérieuses. Le prognostic du *pemphigus chronique* varie suivant les individus;

il est d'autant plus fâcheux que l'éruption est plus étendue, plus fréquemment renouvelée, et qu'elle a lieu chez des individus plus affaiblis par l'âge, la misère ou la débauche. On peut avancer, en général, que le pemphigus chronique annonce toujours un mauvais état de la constitution. Sa gravité est la plupart du temps en rapport direct avec celles des maladies chroniques qui la compliquent.

Traitement. Le *pemphigus aigu* est une maladie légère, et même souvent la santé ne tarde pas à se rétablir à l'aide seulement de la diète, de quelques boissons délayantes et du repos. Cependant s'il existe des symptômes d'une inflammation un peu vive, si l'éruption est très-étendue, on emploiera avec avantage quelques bains tièdes, une saignée ou une application de sangsues à l'anus.

Pour le *pemphigus chronique*, le traitement doit être aussi antiphlogistique dans les premiers temps, mais avec plus de réserve; des boissons délayantes et acidulées (orge, acide sulfurique, un demi-gros), quelques bains tièdes, plus tard des bains alcalins, sont les moyens qu'il est convenable d'employer dans le principe. En même temps, si les douleurs sont vives, on les calmera par des applications adoucissantes et par les opiacés administrés à l'intérieur, surtout s'il y a beaucoup d'insomnie. Cette médication serait d'autant mieux appropriée qu'il existerait en même temps de la diarrhée, des douleurs abdominales sourdes, etc. Enfin, il faudrait encore avoir recours à des émissions sanguines, s'il survenait une toux opiniâtre, des crachats sanguinolens ou d'autres symptômes de lésion plus ou moins grave de divers organes.

Mais il faut bien se garder de considérer le pemphigus chronique comme une affection franchement inflammatoire, et si, malgré l'usage des moyens indiqués, de nou-

velles éruptions continuent à paraître, il faut s'attacher à relever les forces du malade au moyen d'une bonne nourriture, d'un vin généreux; le mettre à l'usage des acides; lui faire prendre, par exemple, une décoction de quinquina avec addition d'un gros d'acide sulfurique par pinte, ou quelques préparations ferrugineuses, l'eau de Passy, des pilules de sulfure de fer, le vin chalybé, etc.

L'usage de ces moyens ne doit pas être restreint aux individus avancés en âge; il faut aussi y avoir recours chez des malades encore jeunes lorsque l'éruption persiste, et dans plusieurs cas de ce genre M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, a obtenu à l'aide d'un traitement tonique les plus heureux effets. Du reste, il doit être employé avec ménagement, et adapté à la constitution et à l'état du malade.

RUPIA.

Le rupia, de ῥύπος, *sordes*, est caractérisé par des bulles plus ou moins volumineuses, isolées, aplaties, remplies d'un fluide tantôt séreux, tantôt purulent, quelquefois noirâtre, auxquelles succèdent des croûtes épaisses et des ulcérations plus ou moins profondes.

Cette affection offre une grande analogie avec l'ecthyma, dont elle ne paraît, dans quelques cas, être qu'une variété, comme l'a indiqué déjà Bateman et comme M. Biett l'a fait remarquer dans ses leçons cliniques.

Les membres inférieurs sont le siége de prédilection du rupia, qui peut se développer sur les lombes, aux fesses, aux membres supérieurs et sur d'autres parties du corps.

Le rupia ne se manifeste ordinairement que par un très-petit nombre de bulles à la fois, souvent très-éloignées les unes des autres. Il affecte le plus souvent une

marche chronique, et sa durée varie de deux septénaires à plusieurs mois.

On distingue trois variétés, qui ne diffèrent réellement entre elles que par l'étendue et l'intensité plus ou moins grande de l'éruption.

1° Le *rupia simplex* (Willan); on l'observe surtout chez les individus mal nourris, mal vêtus, affaiblis par la misère, la malpropreté et les privations de toute espèce. On le rencontre assez souvent, aussi, à la suite de la variole, de la scarlatine ou de la rougeole.

Il se manifeste par des bulles ordinairement de la largeur d'une pièce d'un franc, rondes, aplaties, développées sans inflammation préalable. Ces bulles renferment un fluide d'abord transparent et séreux, mais qui ne tarde pas à s'épaissir et à devenir purulent. Bientôt la bulle devient flasque, le fluide contenu se dessèche, et forme une croûte brunâtre, rugueuse, plus épaisse au centre qu'à la circonférence, où elle se continue avec l'épiderme, qui s'y trouve légèrement soulevé. Une ulcération superficielle du derme existe sous cette croûte, qui tombe dans l'espace de quelques jours; sa surface se cicatrise promptement; mais, dans quelques cas, il s'établit une ulcération arrondie, qui, persistant pendant plusieurs jours, se recouvre de croûtes qui tombent et se renouvellent sans cesse; il reste après la cicatrisation une teinte rouge livide sur le point affecté.

Assez souvent le *rupia simplex* accompagne certains cas d'ecthyma où la suppuration est abondante, et dans lesquels l'épiderme, soulevé dans une certaine étendue par un pus très-fluide, forme une véritable bulle. Les plus volumineuses de ces bulles se transforment bientôt en une croûte épaisse, élevée au centre et mince à la circonférence, qui se continue avec l'épiderme soulevé.

2° La seconde variété (*rupia proeminens*, Willan) diffère du rupia simplex par l'étendue plus grande des bulles, la profondeur de l'ulcération et l'épaisseur de la croûte. Elle se rapproche beaucoup de cette forme de l'ecthyma chronique décrite par Willan sous le nom d'*ecthyma cachecticum*.

On l'observe surtout chez les individus d'une constitution détériorée, affaiblis par l'âge ou par des excès quelconques. Son siége est presque constamment aux membres inférieurs; souvent elle n'occupe qu'un seul point; dans d'autres cas, il en existe un plus ou moins grand nombre, mais toujours les bulles sont distinctes et très-isolées.

Le *rupia proeminens* débute par une inflammation circonscrite de la peau, et c'est sur cette base enflammée que se développe la bulle, qui quelquefois se forme assez promptement, et renferme un fluide séreux; mais, en général, l'épiderme est soulevé lentement, non par une sérosité citrine, mais par un liquide noirâtre et plus ou moins épais. Dans quelques cas, la résolution peut avoir lieu, et l'inflammation disparaître, sans qu'il y ait formation de croûtes.

Le plus souvent le fluide renfermé dans la bulle se concrète promptement et forme une croûte flûtée, dont l'épaisseur et l'étendue, d'abord peu considérables, augmentent par la suite. En effet, la circonférence de cette croûte est entourée d'une auréole rougeâtre, large de quelques lignes, sur laquelle l'épiderme est encore soulevé; une nouvelle incrustation s'y établit et ajoute à l'étendue de la première. L'auréole rouge se propage de nouveau et d'une manière lente à la circonférence, l'épiderme se soulève, etc., et ainsi, par des additions successives, la croûte primitive croît en étendue, en épaisseur,

et enfin elle cesse d'augmenter de volume après un espace de temps qui varie depuis deux jours jusqu'à une semaine. Alors elle est plus ou moins large, plus ou moins conique; elle laisse apercevoir circulairement les suradditions successives; sa couleur est d'un brun noirâtre, et sa forme peut être très-bien comparée à celle d'une écaille d'huître lorsque sa surface offre beaucoup plus d'étendue en largeur qu'en hauteur. Dans le cas contraire elle est conique et ressemble beaucoup, comme l'a dit Willan, à l'écaille de ces molusques univalves connus sous le nom de *lepas* ou *patelles*, et qui s'attachent aux rochers. Cette croûte persiste quelquefois pendant un temps fort long, et si, dans quelques cas, on peut la détacher avec facilité de la surface qu'elle recouvre, dans d'autres on n'y parvient qu'avec une extrême difficulté. La surface, alors mise à nu, offre une ulcération d'une étendue et d'une profondeur variables, d'autant plus marquée que la croûte a séjourné plus long-temps. Tantôt sur ce point même il se forme plus ou moins vite, et quelquefois très-promptement une croûte nouvelle; tantôt il n'en est pas ainsi, et l'on trouve alors une ulcération de mauvais caractère, arrondie, quelquefois très-profonde, et dont la cicatrisation se fait souvent attendre fort long-temps, surtout chez les vieillards. Les bords sont d'un rouge livide, tuméfiés, la surface est blafarde et saigne avec la plus grande facilité; son étendue est quelquefois plus grande que celle d'un écu de six francs. Au bout d'un temps plus ou moins long, la cicatrisation s'opère, et il reste une tache purpurine, qui ne disparaît que peu à peu et persiste fort long-temps après.

3° La troisième variété, *rupia escarrotica* (Willan), paraît être la même affection décrite par d'autres auteurs sous le nom de *pemphigus gangrenosus*.

Le *rupia escarrotica* n'affecte en général que les enfans depuis les premiers jours de la naissance jusqu'à la fin de la première dentition. Un état cachectique, suite de mauvaise nourriture, d'exposition aux intempéries de la saison ou de quelque maladie antérieure, paraît en être la cause déterminante.

Les lombes, les cuisses, les jambes, le col, la partie supérieure de la poitrine, l'abdomen, le scrotum, en sont les siéges les plus ordinaires.

Il commence par des taches livides, légèrement proéminentes, sur lesquelles on ne tarde pas à observer des soulèvemens, peu considérables d'abord, de l'épiderme par un fluide séreux. Bientôt ces soulèvemens augmentent, et il se forme de larges bulles aplaties, de forme irrégulière. Le liquide contenu s'épaissit, prend une teinte noirâtre. Elles sont entourées d'une auréole d'un rouge violacé. Bientôt elles se rompent, et les surfaces, mises à nu, sont autant d'ulcérations qui s'étendent plus ou moins tant en largeur qu'en profondeur; leurs bords sont rouges et enflammés, et elles sont recouvertes d'une suppuration fétide et de mauvaise nature. Il se développe ainsi successivement des bulles nouvelles, suivies d'ulcérations comme les premières. L'enfant éprouve de vives douleurs; il y a beaucoup de fièvre, de l'insomnie; et quand la maladie offre beaucoup d'intensité, la mort peut survenir dans l'espace d'un ou de deux septénaires. Dans les cas contraires, la cicatrisation se fait attendre très-long-temps.

Diagnostic. Le *pemphigus* et l'*ecthyma* sont les maladies qui peuvent être le plus facilement confondues avec le rupia. Ce dernier cependant diffère du *pemphigus* en ce que les bulles renferment très-rarement un fluide séreux et transparent, mais plutôt un liquide sanieux; et d'ailleurs la forme de la croûte, qui est épaisse, rugueuse, entourée

dès le commencement d'une auréole sur laquelle l'épiderme est encore soulevé, et qui offre une ressemblance plus ou moins grande avec une écaille d'huître ou avec une coque de patelle, suffit, avec les ulcérations si souvent consécutives du rupia, pour le distinguer du *pemphigus*.

L'*ecthyma*, comme nous l'avons dit, offre beaucoup d'analogie avec le rupia; on les rencontre souvent en même temps sur le même individu, et à côté l'un de l'autre. La variété la plus simple du rupia ne ressemble pas sans doute à toutes les pustules d'ecthyma. Cette ressemblance existe seulement pour celles où l'épiderme, soulevé par une certaine quantité de pus, forme une véritable bulle. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis une éruption nombreuse de pustules d'ecthyma très-rapprochées; et dans plusieurs points, l'épiderme, soulevé dans une étendue égale à celle d'une pièce de trente sols, formait de véritables bulles remplies d'un liquide purulent qui, en se desséchant, donnait lieu aux croûtes caractéristiques du rupia. Il est à noter que ces croûtes ne se formaient que sur les bulles accidentelles les plus larges. En admettant la grande analogie qui existe dans quelques cas entre ces deux maladies, il faut observer que la forme indiquée de la croûte, que les ulcérations profondes et souvent rebelles du rupia, établissent une distinction, sinon bien tranchée, au moins suffisante pour admettre une description séparée de chacune d'elles, qui, du reste, se développent sous l'influence des mêmes causes.

Prognostic. Le rupia n'est jamais une affection grave, à l'exception toutefois du *rupia escarrotica;* du reste, l'âge du malade, l'état de ses forces, l'étendue des ulcérations, serviront de guides pour établir le prognostic de la durée de la maladie.

Traitement. Le traitement du rupia consiste le plus ordinairement à restaurer, par une alimentation convenable, la constitution plus ou moins délabrée des malades : quelques bains tièdes rendus alcalins, lorsque les ulcérations tardent à se cicatriser, ou bien encore, dans ces circonstances, des lotions avec du vin miellé ou aromatique, ou enfin de légères cautérisations avec le nitrate d'argent fondu, sont les moyens qui suffisent pour les cas les plus simples du rupia.

Mais pour ces larges ulcérations arrondies, qui succèdent si souvent au *rupia proeminens*, ce traitement est loin de suffire. Les émolliens, bien qu'ils apaisent la douleur, ne diminuent pas l'inflammation circonvoisine, et ne hâtent point la cicatrisation; il en est de même des bandelettes agglutinatives souvent si utiles dans les ulcères rebelles. Il devient alors indispensable de modifier l'état de la surface malade, et les caustiques sont les meilleurs moyens pour obtenir ce résultat. Ainsi il faudra cautériser profondément et à plusieurs reprises la surface ulcérée avec le nitrate d'argent fondu, ou bien la laver avec de l'acide nitrique ou de l'acide hydrochlorique étendus d'eau ; et dans les cas où, malgré ces moyens, la cicatrisation n'aurait pas lieu, il faudrait cautériser avec des acides concentrés, ou mieux avec le nitrate acide de mercure, dans l'acide nitrique.

Un moyen que nous avons vu souvent réussir dans les salles de M. Biett, c'est la pommade de *proto-iodure*, ou même de *deuto-iodure de mercure*, à la dose, le premier, d'un scrupule, le second, de douze à quinze grains par once de graisse.

Dans tous les cas, le repos et la position horizontale, quand le rupia, comme cela arrive assez souvent, a son siége aux jambes, seront d'une indispensable nécessité.

Dans le *rupia escarrotica*, il faut s'en tenir aux émolliens, au moins pendant l'existence de la fièvre. La décoction de quinquina, le bon vin et les toniques, si souvent administrés dans ces circonstances, ne paraissent pas avoir été suivis de succès.

C'est aussi parmi les moyens adoucissans et émolliens qu'il convient alors de choisir les applications extérieures.

PUSTULES (1).

(*Pustulæ.*)

Les maladies rangées dans cet ordre sont caractérisées par la présence de petites tumeurs circonscrites, formées par l'épanchement à la surface du derme enflammé, d'un fluide purulent qui soulève l'épiderme. Ces petites tumeurs ont reçu le nom de *pustules*.

Les inflammations cutanées caractérisées par le développement des pustules, sont la variole, la vaccine, l'ecthyma, l'impétigo, l'acné, la mentagre et le porrigo. L'étroite liaison qui existe entre la vaccine et la variole, la terminaison de la première par une suppuration évidente, et l'intensité de la phlegmasie locale, nous ont engagés à placer la description de la vaccine auprès de celle de la variole. Quant à la varicelle, qu'on a rangée dans ces derniers temps parmi les pustules, nous avons indiqué, en traitant de cette maladie, les raisons qui nous ont conduits à la laisser encore parmi les vésicules.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége de pustules; mais parmi les inflammations pustuleuses, il en est quelques unes, telles que la variole et quelquefois l'ec-

(1) Voyez la planche (n° 4.).

thyma, qui se développent à la fois sur la presque totalité de la surface du corps; d'autres sont presque toujours partielles, telles sont la vaccine, l'impétigo, etc., bien qu'elles puissent se montrer sur des surfaces d'une certaine étendue; quelques unes enfin sont en général bornées à certains siéges: ce sont le porrigo, la mentagre, l'acné et même la vaccine, qui ne se développe que sur les points où la cause contagieuse a été appliquée.

La marche des affections pustuleuses est aiguë ou chronique, bien que chaque pustule se termine isolément dans l'espace de deux jours à un septénaire.

Les affections pustuleuses essentiellement aiguës sont la variole et la vaccine : l'ecthyma est le plus souvent aigu, mais il peut quelquefois devenir chronique. La durée de ces maladies est d'un à trois septénaires.

Les inflammations pustuleuses chroniques sont le porrigo, la mentagre, l'impétigo et l'acné. Leur durée n'est point fixe, et très-souvent elle se prolonge pendant un temps indéfini. La plupart peuvent aussi se présenter quelquefois à l'état aigu, surtout l'impétigo.

Dans ces maladies, les pustules offrent des différences qu'il est essentiel de noter : elles sont en général *phlyzaciées* dans les affections essentiellement aiguës, et *psydraciées* dans les affections chroniques.

Les pustules *phlyzaciées* plus larges offrent une base enflammée, comme l'indique leur nom; l'absence de la phlegmasie environnante caractérise les pustules *psydraciées*, qui sont plus petites; le porrigo, comme nous le dirons à son article, présente en outre des pustules distinctes, les *favi*; et enfin, un autre ordre de pustules, les *achores*, caractérisent deux éruptions de la tête et du visage, que l'on a décrites à tort comme des variétés de porrigo.

La forme des pustules est presque toujours ombiliquée dans la *variole* et la *vaccine*, et il en est souvent de même

pour l'*ecthyma.* Une cicatricule plus ou moins marquée se rencontre ordinairement à la suite de la variole ou de la vaccine.

Dans les phlegmasies pustuleuses dont la durée est indéterminée, tantôt les pustules sont répandues irrégulièrement sur une surface plus ou moins étendue, tantôt elles sont réunies en groupes, auxquels on peut souvent assigner une forme quelconque. Les croûtes qui succèdent aux pustules offrent des caractères qui diffèrent suivant la nature de la maladie, mais qui méritent beaucoup d'attention.

Dans le *porriga*, elles sont jaunes, circulaires, et offrent une dépression centrale qui persiste très-long-temps: une fois tombées, ces croûtes ne sont remplacées qu'autant qu'il se forme de nouvelles pustules faveuses.

Dans l'*impétigo*, les croûtes qui succèdent aux pustules, plus ou moins épaisses, toujours rugueuses, sont produites par la dessiccation du fluide séro-purulent que verse à l'extérieur la surface enflammée. Elles sont d'une couleur jaune verdâtre ou brunâtre, et se trouvent remplacées, à mesure qu'elles se détachent, par d'autres qui résultent également de la dessiccation de ce fluide.

Les croûtes qui succèdent aux pustules de la *mentagre* et de l'*acné* sont moins caractéristiques et persistent bien moins long-temps.

Dans ces deux dernières phlegmasies pustuleuses on observe très-souvent une inflammation chronique dans les points où les pustules se sont développées : il en résulte des callosités plus ou moins volumineuses, connues sous le nom de *tubercules*. Les éruptions pustuleuses chroniques laissent rarement des cicatrices; mais en général la peau conserve une teinte rouge qui disparaît dans un espace de temps plus ou moins court.

Les phlegmasies pustuleuses peuvent se compliquer

entre elles sans que l'une intervertisse la marche de l'autre. Cette remarque s'applique également à la variole et à la vaccine, bien que l'on ait avancé que ces affections ne pouvaient jamais se développer simultanément chez le même individu. D'autres inflammations cutanées, surtout exanthématiques, ou vésiculeuses, compliquent assez souvent ces maladies. La variole est très-souvent accompagnée de phlegmasies plus ou moins graves de quelques uns des organes intérieurs; mais ces complications sont très-rares dans les autres variétés.

Causes. La variole et la vaccine ne se développent que sous l'influence d'une cause contagieuse. Le porrigo favosa et scutulata, bien qu'il puisse se développer spontanément, se transmettre dans la plupart des cas, par contagion. Les autres phlegmasies pustuleuses se manifestent en général sous l'influence de quelque cause intérieure fort difficile à apprécier.

Diagnostic. La présence de petites élévations remplies de pus, suffira pour distinguer les affections pustuleuses des autres phlegmasies cutanées. Les vésicules peuvent offrir, à la vérité, dans une certaine période de leur développement, un fluide séro-purulent plus ou moins épais; mais ce fluide est consécutif à un liquide transparent et tout-à-fait séreux, tandis que dans les affections pustuleuses proprement dites, le pus se forme ordinairement dès le début; et d'ailleurs les caractères physiques de ce pus, qui est épais et jaune, le distinguent très-bien du fluide lactescent que présentent les vésicules peu de temps avant leur disparition. Il existe sans doute des cas où l'application de ces règles est assez difficile, tel est par exemple celui de la vaccine, où, après une parfaite vésicule, on observe une pustule; mais en général la distinction est très-facile à établir.

La teinte d'un rouge cuivré que présentent les pustules

syphilitiques jointe à d'autres symptômes concomitans, suffisent pour distinguer les éruptions pustuleuses ordinaires de celles qui se développent sous l'influence d'une cause vénérienne.

Prognostic. A l'exception de la variole, les maladies pustuleuses, quoique souvent fort incommodes, ne se terminent jamais par la mort. Le prognostic est beaucoup moins favorable quand la maladie existe depuis long-temps, et qu'un grand nombre de moyens ont été employés sans aucun succès.

Traitement. Le traitement, qui doit être franchement antiphlogistique pour les affections pustuleuses aiguës, est fort difficile à établir d'une manière générale, lorsque ces maladies existent à l'état chronique; quelquefois des moyens antiphlogistiques simples réussissent; mais le plus souvent il faut avoir recours à d'autres moyens plus ou moins énergiques, et qui semblent agir en modifiant d'une manière particulière l'état de la peau.

VARIOLE (1).

La variole est une phlegmasie contagieuse, caractérisée par la présence de pustules *phlyzaciées*, assez volumineuses, et le plus souvent ombiliquées, dont le développement est précédé et accompagné de symptômes généraux plus ou moins intenses.

Suivant que la variole se développe sous l'influence d'une exposition plus ou moins directe à l'infection variolique, ou qu'elle résulte de l'introduction méthodique de ce virus dans l'économie, on la divise en *naturelle* et en *inoculée*.

On la divise encore, d'après le nombre relatif des pustules, en *discrète*, lorsque les pustules sont éparses et plus ou moins disséminées sur toute la surface du corps, et en

(1) Voyez la planche (n° 4. I.)

confluente lorsqu'elles sont très-nombreuses, agglomérées et pour ainsi dire confondues. On la dit encore *cohérente* quand les pustules, sans être confondues, se touchent seulement par leurs bords voisins. Ces dernières divisions sont du reste fort arbitraires ; car la variole est souvent très-confluente sur une région, à la face par exemple, tandis qu'elle est très-discrète sur d'autres. Il existe d'ailleurs entre la variole discrète la plus légère et la variole confluente la plus intense, une foule de variétés intermédiaires.

On peut encore diviser cette affection en variole *primitive* et en variole *secondaire*, et presque toujours l'intensité de cette dernière est bien moins grande.

Tantôt la variole, soit naturelle, soit inoculée, primitive ou secondaire, parcourt régulièrement toutes ses périodes ; tantôt, au contraire, sa marche est fort irrégulière, sa durée très-courte, et la maladie, en un mot, offre une modification toute particulière. Cette dernière variété ne se voit que chez les personnes qui ont été vaccinées ou qui déjà ont eu la variole : elle a été regardée par beaucoup de médecins comme une maladie distincte de la variole, et décrite par eux sous le nom de *varioloïde*, à cause de sa ressemblance avec cette affection ; mais des travaux ultérieurs ont fait justice de cette erreur, et il est maintenant reconnu par tous ceux qui se sont occupés de cette question, que la maladie décrite sous le nom de *varioloïde* n'est autre qu'une variole modifiée, soit par une vaccine, soit par une variole antérieure.

Décrivons d'abord la variole franche ; nous donnerons ensuite une description particulière de la variole modifiée.

La marche de la variole, soit discrète, soit confluente, peut être divisée en cinq périodes assez distinctes, que

l'on désigne sous les noms d'incubation, d'invasion, d'éruption, de suppuration et de dessiccation. Cette division, fondée sur les symptômes les plus saillans que la variole offre pendant sa durée, bien qu'elle soit arbitraire, nous paraît bonne à suivre, parce qu'elle facilite au moins l'étude de la maladie.

La *période d'incubation* comprend l'intervalle de temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à l'invasion ; sa durée est de six à vingt jours. On ne peut la reconnaître à aucun signe visible ; car la personne continue en apparence à jouir d'une bonne santé. On a cru remarquer que la maladie était d'autant plus violente que cette période était plus courte.

Invasion. La *variole discrète* débute ordinairement par des horripilations vagues, un sentiment d'abattement général, des lassitudes, des douleurs dans les membres et surtout une rachialgie plus ou moins prononcée. Il survient en même temps de la chaleur à la peau, de la fréquence du pouls, de la céphalalgie, une soif vive, des nausées, souvent des vomissemens, avec douleurs épigastriques quelquefois très-prononcées ; la langue est blanche, assez souvent rouge vers sa pointe ; enfin il s'y joint un état d'accablement qui offre quelque chose de particulier.

Ces symptômes persistent pendant les trois ou quatre jours que dure la période d'invasion, et souvent ils augmentent d'intensité, il survient de la toux, de l'oppression ; la langue devient d'un rouge vif ; il y a disposition à la sueur et au sommeil chez les adultes, assoupissement et quelquefois coma ou bien des convulsions c ez les enfans ; une fréquence plus ou moins grande du pouls accompagne ces symptômes, qui diminuent et cessent lors de l'éruption.

Dans la *variole confluente* la fièvre d'invasion est en générale intense, la chaleur de la peau est très-grande, la soif ardente; souvent la langue et les lèvres sont sèches, arides et couvertes d'un enduit noirâtre; l'accablement est profond : quelquefois il y a beaucoup de dévoiement, mais le plus souvent on observe une constipation opiniâtre.

L'*éruption*, qui a lieu vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, paraît d'abord à la face, et aux mains dans quelques cas rares; elle gagne ensuite le cou, les bras et le reste du corps dans l'espace de vingt-quatre heures. Quelquefois elle est précédée d'une rougeur érythémateuse ou roséoloïque; elle se manifeste par des petits points rouges qui ressemblent à autant de petites papules. Lorsque l'éruption est très-confluente à la face, cette région est fort injectée et les petits points rouges sont confondus dès le principe; mais lorsque l'éruption est très-discrète, il est facile de les compter, tant sur la face que sur les autres parties du corps.

L'éruption, comme nous l'avons dit, est terminée dans l'espace de vingt-quatre heures; pendant ce temps la peau est chaude et luisante; il y a même assez souvent une exacerbation notable dans tous les symptômes, au début; mais ils cessent à mesure que l'éruption paraît.

Un intervalle de quatre à cinq jours sépare la période de l'éruption de celle de la suppuration; pendant ce temps, les petits points rouges augmentent de volume, et, à mesure qu'elle se développe, chaque pustule offre ordinairement une dépression centrale, ou bien une sorte d'aplatissement tout particulier.

Cette augmentation de volume paraît due à la formation sur chaque petite surface du derme enflammé, d'une substance blanchâtre couenneuse, qui, d'abord molle et ayant

l'apparence d'une lymphe plastique, acquiert plus tard une certaine consistance. Cette substance diffère autant du pus, qu'en diffère la matière blanchâtre et couenneuse qui se produit si souvent à la surface des vésicatoires en suppuration.

En examinant la surface de la peau dès le second jour de l'éruption, on trouve une foule de petites élévations à base rouge et enflammée. Ces élévations sont plutôt vésiculeuses que papuleuses. Cependant il est rare de trouver de parfaites vésicules, et presque toujours, en les ouvrant avec la pointe d'une lancette, il ne s'en écoule pas de sérosité: mais on voit que l'épiderme est soulevé par une sorte de lymphe plastique semi-transparente. A cette époque beaucoup de ces élevures sont acuminées; mais d'autres offrent déjà une petite dépression centrale. Dès le troisième jour de l'éruption, cette dépression centrale est très-marquée dans le plus grand nombre des pustules, et même dans celles qui étaient acuminées au commencement. La forme ombiliquée des pustules devient de plus en plus prononcée à mesure qu'elles augmentent de volume, et que la période de suppuration approche. Elles sont blanchâtres et entourées d'une légère auréole rouge, qui s'étend aussi davantage à cette époque. Pendant ce temps, le pouls est plein et régulier; très-souvent la langue offre aussi un certain nombre de pustules à sa surface; on en voit même quelquefois dans le pharynx; la déglutition est alors gênée, et souvent il y a un peu de toux.

Lorsque l'éruption est confluente, ce qui arrive souvent à la face, même dans les cas où la maladie est discrète ailleurs, les petits points papuleux, dont nous avons parlé, forment, par leur rapprochement, une large surface rouge, tuméfiée et un peu rugueuse; le visage paraît être

le siége d'un vaste érysipèle; souvent il existe de l'assoupissement, et en même temps les battemens des carotides sont très-distincts. Dans ces cas, on voit rarement de dépression centrale à la face, qui, dès le second ou troisième jour, est couverte d'une sorte de pellicule blanchâtre sous-épidermoïque. Celle-ci n'est autre chose qu'une exsudation couenneuse semblable à celle qui se produit dans les pustules isolées. En même temps, des pustules blanchâtres plus ou moins rapprochées, à dépression centrale, couvrent les membres; mais elles sont en général moins confluentes sur le tronc.

La langue est également couverte de pustules, et une angine assez intense indique que l'éruption existe aussi dans le pharynx. La présence de ces pustules sur les paupières produit une ophthalmie assez vive et fort douloureuse. Enfin le coryza, et la toux qui existent dans un grand nombre de cas, accompagnent une semblable éruption, dans les fosses nasales et dans la trachée.

La *suppuration* arrive du cinquième au septième jour de l'éruption, et se termine dans trois ou quatre jours. Elle débute ordinairement par une fièvre secondaire plus ou moins intense, accompagnée d'un gonflement général de la peau : ce gonflement est surtout prononcé à la face et aux mains. A mesure que le pus est secrété, il soulève l'épiderme, en sorte que les pustules perdent leur forme ombiliquée, et deviennent sphériques, et en même temps, lorsqu'elles sont peu éloignées les unes des autres, les intervalles qui les séparent rougissent, se tuméfient, et le malade éprouve un sentiment de tension et de douleur.

C'est en général à la face que la suppuration s'établit d'abord; les mains et les pieds sont les région où elle ar-

rive en dernier, et où les pustules restent le plus longtemps entières à cause l'épaisseur de l'épiderme. Ordinairement les pustules ainsi distendues sont jaunes; mais dans quelques cas elles offrent une teinte noirâtre.

Si l'on ouvre une pustule parvenue à sa maturité, et qui avant cette époque avait présenté une dépression centrale bien évidente, on trouve dans son intérieur un pus jaunâtre, et dans le fond un petit disque blanchâtre ombiliqué, qui rappelle parfaitement bien la forme et le volume que la pustule présentait avant que le pus n'eût soulevé l'épiderme.

Lorsque les pustules ont atteint leur dernier degré de développement, elles peuvent rester dans cet état pendant deux à trois jours, surtout lorsqu'elles sont situées aux extrémités; mais, en général, elles s'ouvrent avant ce temps et sont remplacées par des croûtes.

Quand les pustules sont très-confluentes, elles sont ordinairement plus petites, et l'on ne peut pas suivre, du moins à la face, le développement de chacune d'elles. La pellicule blanchâtre sous-épidermoïque, qui se forme sur cette région dans les premiers jours de l'éruption, ne se recouvre pas, comme dans les pustules isolées, d'un pus jaunâtre; mais, vers le cinquième ou sixième jour de l'éruption, en même temps que la face se tuméfie, la surface de l'épiderme devient rude au toucher, et cette membrane ne tarde pas à se recouvrir peu à peu d'une croûte d'abord mince et jaune, qui devient ensuite plus épaisse et brunâtre, à mesure que la suppuration s'établit. Aux membres, où la tuméfaction est moins marquée, et l'épiderme plus résistant, cette membrane est souvent soulevée, dans une certaine étendue, par le pus, lorsque les pustules sont agglomérées.

Une fièvre plus ou moins vive, la tuméfaction de la

face et des mains, ainsi que le ptyalisme, sont les phénomènes qui accompagnent le plus souvent la suppuration; et ils sont en général d'autant plus marqués que la variole est plus confluente; il faut cependant remarquer que ces symptômes ne sont pas toujours en rapport avec l'étendue de l'éruption, et qu'ils sont quelquefois peu prononcés, même dans les cas où celle-ci est très-abondante.

La tuméfaction de la face commence ordinairement vers le cinquième ou sixième jour de l'éruption, conjointement avec la fièvre secondaire. Les paupières, les lèvres et le nez se tuméfient en général avant les autres parties, et quelquefois le gonflement des paupières est assez considérable pour mettre obstacle à la vision pendant plusieurs jours. La tuméfaction des mains arrive à peu près à la même époque que celle de la face, et, comme elle, diminue vers le onzième ou douzième jour de l'éruption, lorsque la suppuration est terminée.

Le ptyalisme se déclare quelquefois à l'époque de l'éruption; mais on l'observe en général, de trois à sept jours après. Dans quelques cas il est à peine marqué, même lorsque l'éruption est très-abondante; il est d'autres fois très-intense, et constitue un des symptômes les plus incommodes.

Les symptômes généraux, outre la fièvre secondaire, que l'on observe le plus souvent pendant la suppuration, sont une diarrhée quelquefois intense, de l'oppression, de l'assoupissement; enfin cette période est assez fréquemment compliquée d'accidens, dont nous parlerons plus tard.

La *dessiccation* commence presque toujours à la face, et souvent cette partie est entièrement couverte de croûtes quand les pustules sont à peine arrivées, maturité aux extrémités des membres.

Dans la *variole discrète*, tantôt les pustules s'ouvrent et le liquide purulent s'échappe et se concrète, à l'air, tantôt l'épiderme devient rugueux, brunâtre, et le fluide contenu forme, en se desséchant, une petite croûte plus ou moins épaisse qui conserve la forme de la pustule.

Lorsque la maladie est *confluente*, les croûtes surviennent souvent à la face, dès le huitième ou neuvième jour de la maladie. Les traits du visage sont alors masqués par une incrustation brunâtre, épaisse, qui tombe du cinquième au quinzième jour, à dater de sa formation, et qui est ordinairement remplacée par des écailles furfuracées qui se renouvellent plusieurs fois.

Pendant cette période, le malade répand autour de lui une odeur particulière, nauséabonde, et en même temps les draps et les linges sont plus ou moins salis par les matières purulentes qui suintent des différentes parties du corps. Une démangeaison assez vive accompagne la formation des croûtes, et excite le malade à se gratter. Aussi observe-t-on souvent, chez les enfans, des points du visage où la peau est excoriée assez profondément par l'action des ongles.

Lorsque les croûtes sont entièrement détachées, on trouve les surfaces, qu'elles ont couvertes, d'un rouge vif, qui ne disparaît que très-lentement; et à mesure que cette teinte rouge diminue, les cicatrices deviennent de plus en plus visibles. Celles-ci, toujours plus nombreuses a la face qu'ailleurs, séparées les unes des autres dans la *variole discrète*, sont confondues, et forment quelquefois de véritables coutures qui traversent le visage en tous sens, et défigurent horriblement les traits, dans la *variole confluente*.

Telle est la marche ordinaire de la variole, marche qui du reste est loin d'être toujours aussi régulière. La fièvre qui

précède l'éruption est quelquefois très-intense, et accompagnée de symptômes plus ou moins fâcheux. L'éruption, qui se fait ordinairement du deuxième au troisième jour, peut être plus tardive, et ne se faire qu'au cinquième ou sixième. C'est dans la variole confluente qu'on observe surtout ces irrégularités, et lorsqu'il existe des complications plus ou moins graves.

Enfin l'éruption peut offrir des caractères tout particuliers, comme on le voit dans la variété dite *christalline*, dans laquelle, au lieu de pustules, on trouve de petites phlyctènes remplies de sérosité. Dans ces cas, la maladie est en général fort grave.

Lorsque cette affection est le résultat de l'introduction méthodique du virus variolique dans l'économie, elle est en général très-bénigne. C'est au moyen de légères piqûres ou d'excoriations faites à la peau avec la pointe d'une lancette chargée de ce virus, qu'on pratique l'inoculation : les autres procédés, tels que les frictions, les sétons, les vésicatoires, etc., ont été abandonnés.

Quand on inocule la variole, c'est en général vers le troisième jour que l'on remarque une lègere rougeur autour de la piqûre. A cette époque, et surtout au quatrième jour, en passant le doigt sur ce point, on sent une petite dureté circonscrite. La rougeur est plus vive le cinquième jour, et ordinairement, dès le sixième, l'épiderme se trouve soulevé par de la sérosité, en même temps que l'on observe une dépression centrale. Le septième jour on remarque des symptômes d'irritation des vaisseaux lymphatiques superficiels, qui avoisinent la piqûre; les mouvemens du bras sont douloureux; et, avant le dixième jour, se développent les symptômes généraux d'infection, qui sont ceux de la période d'invasion.

Dans quelques cas rares l'inoculation peut développer ces symptômes généraux, bien qu'il ne se fasse aucune éruption locale; et quelquefois celle-ci ne se développe que huit, dix ou quinze jonrs après cette légère opération.

Les symptômes généraux sont ceux de la variole; ils peuvent être plus ou moins intenses, et sont souvent à peine sensibles. L'éruption qui leur succède, ordinairement très-légère, se présente quelquefois d'une manière confluente, et peut enfin manquer entièrement.

Quant à l'éruption locale, elle commence à se dessécher du douzième au quinzième jour, à dater de l'inoculation. Une croûte d'une épaisseur variable la remplace, et ne tombe que vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, en laissant une cicatrice indélébile plus ou moins marquée.

La variole discrète, mais surtout la variole confluente, peut être accompagnée d'une foule d'accidens plus ou moins graves.

L'*invasion* peut être annoncée par des symptômes plus ou moins fâcheux. Le frisson est quelquefois très-violent, la chaleur ardente, en même temps que les autres symptômes, tels que la céphalalgie, l'épigastralgie, sont intenses. Les nausées et les vomissemens peuvent être opiniâtres. Quelquefois on observe de vives douleurs aux lombes, dans les membres et dans les côtés, qui simulent des douleurs néphrétiques, rhumatismales ou pleurétiques.

Dans quelques cas il y a un assoupissement profond ou bien un délire violent, des convulsions, et enfin la mort peut arriver avant que l'éruption ne se soit faite.

Parmi les accidens qui accompagnent l'*éruption*, on peut placer en tête les congestions sanguines sur les divers organes intérieurs, ou bien les hémorrhagies qui se font

par les diverses voies; telles sont les hémoptysies, les épistaxis, des hématuries, etc. Lorsque la congestion a lieu vers les organes intérieurs, il se développe des accidens qui varient suivant l'organe affecté. La congestion du cerveau et de ses enveloppes s'annonce par des soubresauts des tendons, des convulsions, ou bien par de l'assoupissement, le coma ou un état apoplectique.

D'autres fois c'est vers les organes thoraciques que cette congestion a lieu; on observe alors des bronchites, l'apoplexie pulmonaire diffuse, des pneumonies, des pleurésies, l'œdème aigu des poumons (Laennec); dans un cas de ce genre nous avons vu le râle sous-crépitant de l'œdème en imposer pour le râle crépitant de la pneumonie, et faire croire à l'existence de cette dernière maladie.

Quelquefois c'est dans le tissu de la peau que se fait la congestion sanguine, qui est alors facile à reconnaître par la présence des pétéchies. Enfin des ophthalmies plus ou moins intenses sont très-fréquentes dans cette période. Le croup est heureusement beaucoup plus rare.

La période de *suppuration* est peut-être celle où la mort arrive le plus souvent; mais en général, dans ces cas, la suppuration ne s'établit pas d'une manière franche. Les accidens marchent dans cette période avec une effrayante rapidité, et la mort peut survenir dans l'espace de quelques heures et même de quelques minutes, sans que l'on puisse expliquer en aucune manière cette terminaison funeste. On a voulu dans ces derniers temps s'en rendre compte par la rupture subite des pustules qui occupent la trachée-artère, d'où résulterait une asphyxie promptement mortelle. La salivation peut devenir très-inquiétante dans cette période, et être accompagnée de toux et de gêne plus ou moins considérable dans la déglutition. La diarrhée, qui survient très-souvent à l'époque de la suppuration, sur-

tout chez les enfans, est loin d'être de mauvais augure, à moins qu'elle ne soit très-intense.

Dans la période de *desquammation* on voit bien plus rarement se développer d'accidens formidables, que dans les périodes précédentes. Assez souvent l'on observe à cette époque des *ecthyma*, ou bien de petites tumeurs phlegmoneuses sous-cutanées, dont le nombre est quelquefois considérable. Dans d'autres circonstances il survient aux membres inférieurs des bulles de *rupia*, qui sont suivies d'ulcérations plus ou moins opiniâtres.

Enfin une fièvre lente, des symptômes plus ou moins prononcés d'irritation gastrique et gastro-intestinale, des bronchites, des catarrhes et des ophthalmies chroniques, la surdité ou la cécité sont quelquefois les suites de la variole, et même le développement des tubercules pulmonaires paraît au moins hâté, dans certains cas, par cette maladie.

Les causes des complications que l'on observe dans la variole ne sont pas toujours faciles à apprécier; on les rencontre souvent chez les individus très-robustes et souvent aussi chez ceux dont la constitution est détériorée soit par l'âge, soit par des excès quelconques, soit par des maladies antérieures. Elles sont surtout à craindre dans les saisons très-chaudes ou dans le fort de l'hiver. La crainte, les affections morales, la vue, dans un miroir, du visage rendu hideux par l'éruption, donnent quelquefois lieu à des accidens promptement mortels.

Nécropsie. Les lésions pathologiques que l'on observe le plus souvent chez les individus morts de la variole, sont des congestions sanguines plus ou moins prononcées dans les organes encéphaliques et thoraciques. On trouve souvent des pustules varioliques dans la bouche, sur le pharynx, sur plusieurs points de l'œsophage et même dans

le larynx et dans la trachée-artère; l'estomac et les intestins en présentent rarement, à l'exception toutefois de la muqueuse du rectum. Il faut se garder de confondre avec les pustules varioliques, le développement morbide des follicules isolés, de la membrane muqueuse des intestins. L'ouverture centrale de ces follicules ainsi tuméfiés leur donne, il est vrai, une certaine ressemblance avec la forme ombiliquée des pustules varioliques.

C'est surtout chez les individus qui succombent avant que la suppuration ne soit bien établie, que l'on trouve facilement les pustules varioliques sur les divers points des membranes muqueuses que nous avons indiqués. Plus tard l'épithélium se détache, et l'on ne rencontre alors que de petites taches circulaires, non élevées, rouges au centre. Nous n'avons jamais observé, sur les cadavres d'individus morts de la variole que nous avons eu occasion d'examiner, de pustules sur les membranes muqueuses, qui fussent distendues par du pus; et il nous semble que l'extrême minceur de l'épithélium, surtout dans le larynx et dans la trachée, devrait empêcher par sa rupture prématurée une accumulation de pus sous cette membrane. Nous insistons sur ce point, parce qu'on a avancé que la terminaison promptement mortelle de la variole, pendant la suppuration, dépendait très-souvent de la rupture des pustules situées, soit dans le larynx, soit dans la trachée, soit dans les bronches. La membrane muqueuse gastro-intestinale, à l'exception toutefois de l'extrémité inférieure du rectum, n'offre jamais de pustules varioliques. La surface interne de l'estomac présente souvent une rougeur pointillée; celle des intestins est plus rarement injectée.

Le cœur est en général flasque et rempli d'un sang noir : les poumons sont souvent gorgés de sang. La rougeur de la

surface interne de l'aorte est tantôt générale, et tantôt n'existe que par larges plaques.

Sur la peau on trouve des pustules en nombre variable, qui étaient violacées sur le vivant, et qui souvent son devenues pâles sur le cadavre; en examinant de dehors en dedans leur structure anatomique, surtout avant que le pus, en soulevant l'épiderme, ne leur ait fait perdre la forme ombiliquée, on observe les particularités suivantes :

1° L'épiderme conserve son épaisseur naturelle, et s'enlève avec facilité en laissant à découvert une surface blanchâtre, lisse, élevée sur les bords, déprimée au centre.

2° Un petit disque ombiliqué, plus ou moins épais, formé par une substance blanchâtre, ayant une certaine consistance, et qui paraît être une véritable exsudation couenneuse développée à la surface du derme enflammé, occupe la place assignée par les anatomistes au corps muqueux, et, dans les premiers temps, semble se continuer avec la couche qui se trouve placée immédiatement sous l'épiderme; mais plus tard on l'en sépare facilement. Ce petit corps tient surtout à la surface du derme par son centre, où il est plus mince, et où souvent il se déchire quand on cherche à l'enlever.

Quelle que soit la cause primitive de la forme ombiliquée de la pustule, il est évident que cette substance la conserve lorsque l'épiderme est soulevé par le pus; si à cette époque l'on examine avec un peu de soin, on la retrouve, comme nous l'avons déjà indiqué, au fond de la pustule, et elle offre encore la forme et le volume que cette dernière présentait avant que la suppuration n'en eût détaché l'épiderme. Les variétés que peut présenter cette matière couenneuse, quant à sa forme, son épaisseur, etc., dépendent, probablement, de l'intensité plus ou moins

grande de l'inflammation, dans le point où elle s'est développée.

Bien que cette substance soit contenue, dans le plus grand nombre des cas, dans les pustules varioliques, il existe cependant des cas où on ne la trouve pas; dans ces cas aussi, il est très-rare que la pustule soit ombiliquée.

3° Enfin, au-dessous de ce petit disque on trouve une rougeur plus ou moins vive à la surface du derme, et souvent une matière purulente.

Lorsqu'on examine les pustules, à une époque plus avancée, on y trouve une plus ou moins grande quantité de pus jaunâtre et épais.

Causes. La variole reconnaît pour cause, un principe contagieux, inconnu, qui se communique par le contact médiat et immédiat, et qui peut se transmettre à une certaine distance, par le moyen des vents. Aucun sexe, aucun âge, sans même excepter le fœtus, n'est exempt de cette affection, qui se développe dans toutes les saisons et dans tous les climats. Quelquefois sporadique, elle règne le plus souvent d'une manière épidémique, et, dans ce cas, elle exerce surtout ses ravages pendant l'été et l'automne.

Le principe contagieux qui développe la variole est loin d'exercer la même influence sur tous les individus : c'est ainsi que nous voyons quelques personnes privilégiées lui résister, même dans les circonstances les plus favorables à son action; mais ces cas sont rares, et le plus souvent ces individus finissent par contracter la maladie à une autre époque de la vie. En général, cette contagion n'exerce qu'une fois dans la vie son action sur l'économie; mais il est prouvé de la manière la plus évidente, par un grand nombre de faits, non-seulement qu'elle peut affecter la même personne une seconde fois, mais aussi qu'elle

peut développer la variole deux fois avec une grande intensité chez le même individu à deux époques différentes. On trouve dans les auteurs, et notamment dans l'ouvrage de M. Thomson (1), une foule d'observations fort curieuses et très-authentiques, qui prouvent positivement que le virus variolique peut développer plus d'une fois, chez le même individu, une variole franche. Parmi ces, cas se trouve l'exemple d'une dame, qui, ayant eu la variole dans sa jeunesse, devint par la suite mère de six enfans, et fut affectée six fois de cette maladie, en allaitant ses enfans pendant qu'ils étaient soumis à l'influence de l'inoculation. Chaque fois la fièvre éruptive était peu intense, et l'éruption légère; mais cependant la marche des pustules était celle des pustules varioliques, et la cause de la maladie était évidemment la variole inoculée, dont était affecté l'enfant que la mère allaitait.

Lorque la cause spécifique de la variole exerce son influence sur des personnes vaccinées, elle développe presque toujours une maladie qui offre quelque chose de spécial, et qui a été désignée dans ces derniers temps sous le nom de *varioloïde*. Cette variété de la petite-vérole ne se développe pas seulement chez les personnes vaccinées, on l'observe aussi chez celles qui ont déjà eu la variole; mais il est bon de noter que cette maladie est plus souvent modifiée quand elle se développe après la vaccine, que dans les cas où elle se montre comme variole secondaire. Nous avons ici une nouvelle preuve que le pouvoir antivarioleux de la vaccine est plus grand que celui de la variole elle-même.

Comme il a été beaucoup question depuis quelques an-

(1) *Historical Scetches and Enquiries*, etc.

nées de la variole modifiée ou *varioloïde*, il nous semble convenable d'entrer ici dans quelques détails sur cette variété, qui diffère de la variole ordinaire par l'irrégularité extrême et la rapidité de sa marche, par son peu d'intensité dans la grande généralité des cas, et enfin par sa terminaison presque constamment heureuse. C'est surtout l'irrégularité et la rapidité de sa marche, jointes à l'absence de toute fièvre secondaire, qui caractérisent cette variété, qui cependant peut être, quelquefois, une affection plus grave qu'une variole ordinaire très-discrète; dans ce dernier cas, les pustules, quoique peu nombreuses, offrent les périodes accoutumées de la variole, ce qui n'a pas lieu pour la varioloïde.

Le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la vaccination, ou de la variole antérieure, ne paraît apporter aucune modification dans la marche de la variole modifiée. On la voit, en effet, se développer avec une certaine intensité chez des personnes très-bien vaccinées, depuis quelques semaines seulement, ou ne constituer qu'une maladie tout-à-fait insignifiante, vingt ans après; il en est de même de celle qui se montre après la variole; nous avons vu la varioloïde se développer chez des individus qui n'avaient jamais eu la petite-vérole, et qui avaient été vaccinés sans succès (1).

La même personne peut être affectée plusieurs fois de cette maladie, en s'exposant à différentes reprises à la contagion variolique. Le virus tiré des pustules de la variole modifiée, peut développer une variole ordinaire plus ou moins discrète, chez des personnes qui n'ont jamais eu cette maladie ou qui n'ont jamais été vaccinées; mais, le plus souvent, l'affection qui en résulte est elle-même fort lé-

(1) Un de nous en a rapporté un exemple remarquable, tiré de la clinique de M. Biett. (*Journal hebdomadaire*, tome I, p. 55. 1828.)

gère, et, dans un grand nombre de cas, l'inoculation n'a été suivie d'aucun signe d'infection générale.

Dans cette variété, les symptômes précurseurs de l'éruption peuvent exister à peine : ils sont, dans d'autres cas, très-intenses et fort alarmans, sans que pour cela l'éruption, qui leur succède, soit plus abondante. Ainsi souvent, après beaucoup de fièvre, accompagnée d'agitation et de délire violent, on voit une éruption fort légère de petites pustules, dont le nombre varie d'une à vingt, et dont l'apparition est suivie aussitôt de la cessation complète de tous ces symptômes alarmans : elles se dessèchent dans l'espace de quatre à cinq jours, en sorte qu'il n'est point nécessaire que le malade garde le lit. La durée des symptômes précurseurs est de deux ou trois jours au plus.

L'*éruption* peut être précédée de légères rougeurs érythémateuses, répandues irrégulièrement sur différentes parties du corps. Quelquefois, comme nous l'avons indiqué, elle existe à peine; d'autres fois on peut compter depuis vingt jusqu'à plus de cent pustules sur les différentes parties du corps; enfin, dans certains cas, l'éruption est beaucoup plus intense, et peut même couvrir la presque totalité du corps.

C'est ordinairement à la face que l'éruption commence; mais assez fréquemment elle se développe simultanément sur les différentes parties du corps; quelquefois elle commence par les membres, et très-souvent elle apparaît d'une manière successive.

On observe d'abord des petits points rouges en nombre variable, qui forment autant de papules rouges, dures et élevées, mais qui ne suivent pas toutes la même marche. Un plus ou moins grand nombre disparaît sans se transformer, soit en vésicules, soit en pustules : d'autres

deviennent vésiculeuses ou pustuleuses dans les vingt-quatre heures, et cela sur le même individu.

Les vésicules sont petites, acuminées et remplies d'un fluide lactescent : elles se changent souvent en pustules ombiliquées; mais en général elles s'ouvrent ou se dessèchent dans l'espace de deux à trois jours, et sont remplacées par des écailles minces, arrondies, peu adhérentes. Quelquefois une auréole rouge entoure ces vésicules, et leur donne une certaine ressemblance avec celles de la vaccine. Les pustules se forment souvent dans les vingt-quatre heures; mais leur marche est d'autres fois plus lente. Elles sont petites, arrondies, et n'offrent jamais le volume des pustules de la variole ordinaire, même quand elles sont en grand nombre et plus ou moins rapprochées. Ces pustules ne sont jamais distendues par le pus; elles sont molles et flasques au toucher : elles semblent avoir été brusquement arrêtées dans leur marche. Tantôt elles sont acuminées, tantôt elles sont déprimées dans le centre, et, dans l'espace d'un à quatre jours, le fluide qu'elles renfermaient est résorbé, et il se forme soit des écailles minces, plates, arrondies, brunâtres, qui tombent bientôt, soit de petites croûtes brunes, très-dures, luisantes, comme enchâssées dans la peau, qui persistent quelquefois au delà du vingtième jour. Il est évident, d'après la marche irrégulière de l'éruption, que l'on doit trouver en même temps, chez le même individu, des élévations papuleuses, des vésicules, des pustules, des écailles ou des croûtes. Ce phénomène est encore plus remarquable quand des éruptions successives ont lieu pendant plusieurs jours. Dans quelques cas, apres la chute des écailles, elles sont remplacées, surtout à la face, par des élévations en forme de verrues, qui ne disparaissent que lentement et par desquammations successives. Lorsque l'éruption est confluente,

comme on l'observe quelquefois à la face, il peut se former des croûtes minces, jaunâtres et lamelleuses; mais, dans ces cas-là même, la fièvre secondaire est à peine perceptible.

La durée de la maladie, qui quelquefois ne mérite pas ce nom, est de six à douze jours au plus. La terminaison en est presque toujours heureuse; rarement on rencontre, à la suite de l'éruption, de légères cicatrices, soit à la face, soit ailleurs.

Diagnostic. Le diagnostic de la variole paraît devoir être très-facile : la présence de pustules en nombre variable, ordinairement ombiliquées, dont l'apparition est précédée de fièvre et de symptômes généraux plus ou moins intenses, jointe à la marche particulière de cette éruption, suffit, dans la grande généralité des cas, pour distinguer la variole, non-seulement des autres affections pustuleuses, mais aussi des autres maladies cutanées. La *varicelle* est l'éruption qui se rapproche le plus de la variole; et, malgré toutes les règles de diagnostic qu'on a établies pour les distinguer, il existe cependant des cas où des médecins également expérimentés sont loin d'être du même avis, les uns reconnaissant la variole, et les autres la varicelle, dans la même maladie.

C'est surtout la variole discrète et la variole modifiée qui ont été confondues avec la varicelle; mais il faut avouer que s'il existe des cas où le diagnostic est vraiment fort difficile, il y en a également un grand nombre où le jugement porté est établi sur des idées préconçues. C'est ainsi que, dans des cas de variole secondaire, le médecin qui n'admet pas la possibilité d'une seconde infection, ou qui soutient que jamais la variole ne peut se développer après l'inoculation, niera l'identité de la maladie, en lui

donnant le nom de *varicelle*. C'est également avec des idées préconçues que l'on donne le nom de *varicelle* aux *varioles modifiées* qui se montrent chez des personnes vaccinées, en avançant, comme argument sans réplique, que jamais la variole ne se développe après la vaccine.

En comparant la marche de la variole modifiée avec celle de la varicelle, on trouve, à la vérité, qu'elle s'en rapproche sous beaucoup de points de vue, et il est constant que le nom de petite-vérole volante ou celui de varicelle leur a été également appliqué dans un grand nombre de cas. En traitant de la varicelle, nous avons parlé en détails, sans rien préjuger de leur parfaite exactitude, des caractères qui, d'après certains auteurs, suffisent pour distinguer cette affection, soit de la variole ordinaire, soit de la variole modifiée, Nous dirons toutefois que nous les avons trouvés suffisans pour nous engager à séparer la description de chacune de ces maladies.

Le diagnostic des diverses affections qui peuvent compliquer la variole, peut être environné de beaucoup d'obscurité. Souvent la rapidité de leur marche est telle qu'elles laissent à peine au médecin le temps d'agir avant qu'une congestion mortelle ne se soit fixée sur l'un ou l'autre des organes importans à la vie, et n'ait fait périr le malade avant le développement des symptômes phlegmasiques ordinaires. Le coma ou le délire, l'agitation ou les convulsions annoncent une encéphalite plus ou moins grave. Dans quelques cas de catarrhe suffocant, on peut très-bien confondre, comme nous l'avons déjà indiqué, le râle sous-crépitant de l'œdème des poumons, avec le râle crépitant de la pneumonie.

Prognostic. Le prognostic de la variole est favorable lorsque l'éruption est légère et la marche régulière; mais en g né. ral, il faut être très-réservé sur le prognostic de la variole

confluente, dans le cours de laquelle assez souvent des accidens se développent avec une promptitude extraordinaire, et font périr des malades, dans un temps fort court, lorsque rien ne faisait présager une terminaison aussi funeste. Le prognostic est plus fâcheux quand la maladie se développe chez des enfans à l'époque de la dentition, chez des adultes forts et pléthoriques, chez des personnes débiles, affaiblies, soit par l'âge, soit par des maladies antérieures, ou par des excès quelconques. Il est également fâcheux quand la variole se déclare chez des femmes enceintes ou nouvellement accouchées, et chez celles qui, jeunes et belles, ont une grande frayeur de cette maladie, si funeste à la beauté.

La violence des symptômes précurseurs est surtout à craindre lorsqu'ils persistent après l'éruption : la disparition subite de celle-ci est toujours fort grave. Le prognostic pourra encore être basé sur la nature de l'éruption; ainsi, lorsque cette dernière est très-abondante, qu'elle est entremêlée de pétéchies, ou que les pustules se remplissent de sang, il est toujours fâcheux. Il en est de même, quand l'éruption ne marche pas, lorsque les pustules restent blanches et aplaties. Cependant, même dans ces cas, on devra se garder de porter un jugement très-défavorable d'après la seule apparence de l'éruption; il faut en même temps faire une attention scrupuleuse aux symptômes généraux. Les organes encéphaliques et thoraciques sont surtout ceux qu'il importe de surveiller.

Traitement. Lorsque la variole, soit discrète, soit confluente, poursuit sa marche régulièrement, sans être accompagnée de symptômes graves de phlegmasie des divers organes intérieurs, le traitement en est fort simple : le séjour au lit, un air tempéré, la diète, les délayans, sont les moyens qu'on mettra en usage. Il est en général inutile

d'employer les vomitifs ; si la constipation persistait trop long-temps, on la ferait cesser au moyen de lavemens simples ou légèrement laxatifs. Des pédiluves chauds, ou l'application de cataplasmes chauds aux pieds, lorsque la céphalalgie est forte ; des gargarismes adoucissans lorsque l'angine devient incommode; des lotions émollientes sur les paupières lorsque des pustules y produisent une irritation trop vive, sont aussi les moyens qu'il convient d'employer dans les cas de variole simple. Lorsque l'éruption tarde trop à paraître, sans que ce retard paraisse résulter de quelque phlegmasie intérieure, on peut administrer un vomitif ou quelques sudorifiques, tels que l'acétate d'ammoniaque, ou bien faire prendre au malade un bain tiède ou mieux encore un bain de vapeur.

Trop souvent la variole, loin de parcourir ses périodes d'une manière régulière, offre, comme nous l'avons indiqué, diverses complications qui réclament une médication plus ou moins active. Nous allons passer en revue ces moyens, et indiquer en même temps les cas où il convient de les employer.

Les *émissions sanguines* ont été de tout temps conseillées et employées dans le traitement de la variole: cependant leur emploi a été combattu par certains praticiens qui, regardant cette maladie comme une affection bien distincte des autres phlegmasies, par la nature de sa cause, pensent que, loin d'être favorable, leur usage peut même devenir nuisible. L'expérience a prouvé qu'il est malheureusement trop vrai que, dans beaucoup de cas, les émissions sanguines ne prévenaient pas toujours la mort ; et si elle n'a point démontré que toujours cette terminaison funeste fût le résultat de leur emploi, elle semble avoir appris que presque toutes les fois que par les saignées successives on a voulu faire avorter l'éruption, le ré-

sultat a été fâcheux et souvent fort grave. Ce moyen sera surtout nuisible si, pour le mettre en usage, on attend que de fortes congestions soient établies dans les divers organes, et que la nature soit accablée par la force du mal : employée dans ces cas, la saignée peut hâter la mort.

Dans la période d'invasion, lorsqu'il y a beaucoup de fièvre et principalement lorsque les symptômes d'irritation soit gastro-intestinale, soit cérébrale, offrent une certaine intensité, la saignée générale ou mieux locale peut être employée avec avantage. Les saignées locales seront pratiquées à l'anus ou à l'épigastre, ou bien au cou, ou bien enfin aux tempes et aux apophyses mastoïdes, suivant la nature des symptômes. Lorsqu'il existe de vives douleurs locales, on n'hésitera pas à appliquer un certain nombre de sangsues sur les points qu'elles occupent.

Lorsque l'éruption est très-confluente à la face, qu'il y a de l'assoupissement, ou bien une angine plus ou moins intense; une ou plusieurs applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, au devant du cou, produira beaucoup de soulagement.

La saignée générale est tout-à-fait indiquée, chez les adultes forts et vigoureux, lorsque l'éruption est confluente, et elle l'est mieux encore lorsqu'il se développe des symptômes phlegmasiques plus ou moins graves, des organes intérieurs, pendant le cours de la maladie. Mais elle serait le plus infailliblement très-nuisible vers l'époque de la suppuration, quand les forces du malade sont déjà plus ou moins épuisées par l'abondance de la suppuration, la diète, la fièvre, etc.

Très-souvent les congestions, vers les divers organes intérieurs, ne s'établissent que lentement, et la marche des symptômes est alors fort insidieuse. Il y a de la nonchalance, de l'abattement ; l'éruption ne marche pas, le

pouls faiblit, il y a un léger délire dans la nuit, et le malade succombe avant que la suppuration ne se soit établie. Dans ces cas, des vésicatoires aux membres inférieurs, et des purgatifs, à moins de symptômes d'inflammation gastro-intestinale bien tranchés, sont plus utiles que les émissions sanguines ; cependant on n'hésiterait pas à pratiquer quelques saignées locales s'il y avait une indication réelle.

L'utilité de la saignée, dans les cas où il se développe des symptômes qui se terminent promptement par la mort, semblerait avoir dû être bien grande, si l'on réfléchit que l'examen des cadavres donne en général pour résultat des congestions sanguines plus ou moins prononcées dans les viscères importans, et en particulier dans le cerveau et les poumons. Cependant, l'expérience n'a point démontré que les avantages des émissions sanguines fussent aussi prononcés que la théorie semble le promettre ; et néanmoins ce sont ces moyens qui, conjointement avec les laxatifs, offrent le plus de chances de succès. Il est sans doute très-facile de poser ainsi des règles : mais il est souvent fort difficile de les appliquer au lit du malade ; car si, d'un côté, il est essentiel d'employer au plus tôt les moyens dont nous avons parlé, il est, de l'autre, quelquefois très-difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer les symptômes précurseurs de ces accidens de ceux qui accompagnent fréquemment la variole et disparaissent spontanément. Dans tous les cas, on doit bien se rappeler que la saignée est loin d'agir aussi efficacement dans les inflammations qui compliquent la variole que dans les phlegmasies simples des mêmes organes.

Les *purgatifs* doux sont souvent très-utiles à l'époque de la suppuration, quand il existe une congestion, soit vers le cerveau, soit vers les organes thoraciques, et qui

s'annonce par le coma, ou des convulsions, ou bien par une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Il est peut-être inutile d'ajouter que les purgatifs ne devraient pas être employés, s'il existait des symptômes prononcés d'irritation gastro-intestinale. On administre l'huile de ricin, le sené, le jalap, le calomel, ou bien des laxatifs doux, tels que la pulpe de tamarin, la crême de tartre soluble.

De légers laxatifs, l'application de quelques sangsues au dessous de la mâchoire inférieure, et des gargarismes adoucissans seront très-utiles, lorsque la salivation devient intense.

Quelques médecins, dans le but de faire avorter l'éruption, ont conseillé de *frictionner* rudement le corps, avec un linge grossier, peu de temps après l'apparition des pustules; d'autres conseillent de *cautériser*, soit en masse, soit une à une, avec le nitrate d'argent, les pustules développées à la face, dans l'intention de prévenir les congestions cérébrales, et d'empêcher que le visage ne soit le siége de cicatrices difformes. Ces avantages sont plutôt imaginaires que réels, et même si nous consultons les faits observés par M. Biett et ceux que nous avons observés nous-mêmes, nous pouvons affirmer que dans certains cas, on a obtenu de l'emploi de ces moyens des résultats absolument opposés à ceux que se proposaient ceux qui ont conseillé de les mettre en usage.

Le meilleur moyen de prévenir des cicatrices difformes à la face consiste à ouvrir avec soin chaque pustule, pour en faire sortir doucement le pus, et à empêcher ensuite, au moyen de fomentations émollientes, que les croûtes ne séjournent trop long-temps. Du reste on conçoit qu'il serait impossible d'agir ainsi, si l'éruption était très-confluente, et cependant, c'est surtout dans ces cas que

les cicatrices difformes sont à craindre. On cherchera alors à empêcher que les croûtes ne restent trop longtemps.

Les ablutions d'eau froide sur la surface du corps, pendant et après l'éruption, ne devront jamais être employées. Elles peuvent être utiles dans la rougeole ou dans la scarlatine, lorsque la peau est sèche, aride, et la chaleur extrême ; mais dans ces maladies, il ne se fait point à la peau, comme dans la variole, un travail particulier qu'il est très-essentiel de ne pas interrompre.

Les *vomitifs*, l'*acétate d'ammoniaque* pourront être employés avec avantage lorsque l'éruption tarde trop à paraître : combinés avec les vésicatoires volans, les sinapismes et les bains chauds, ils peuvent être très-utiles dans les cas où une exposition prolongée au froid, comme cela arrive quelquefois en hiver, l'éruption vient à disparaître, ou ne poursuit pas sa marche accoutumée, et lorsqu'il existe en même temps de l'abattement, un état d'affaissement général, avec concentration du pouls.

Les *toniques* tels que le vin généreux, le quinquina, le camphre, etc., qui ont été conseillés vaguement dans les cas où les forces vitales paraissent languir, doivent être rarement employés. Ils peuvent être utiles lorsque, après la période de suppuration, les malades restent dans un état de faiblesse générale ; mais leur emploi demande beaucoup de précaution ; il faut éviter avec soin de s'en servir sur les seules indications de sécheresse à la langue, d'abattement et de prostration.

Les *opiacés* seront très-utiles pour combattre l'insomnie opiniâtre ou la diarrhée intense qui n'est pas accompagnée de beaucoup de fièvre.

Vers la fin de la maladie, des bains tièdes, donnés avec toutes les précautions nécessaires, favoriseront la des-

quammation, et pourront diminuer la tendance qui existe au développement de furoncles, de pustules d'ecthyma, d'abcès sous-cutanés, etc.

Quant à l'emploi des laxatifs à la fin de la variole, on ne devra y avoir recours que sur quelque indication positive; mais il est constant que cette maladie est souvent suivie d'un état particulier des voies digestives, avec perte d'appétit, nonchalance, etc., symptômes qui disparaissent par l'administration de quelques légers minoratifs.

Les accidens qui peuvent être les suites de la variole demandent chacun un traitement approprié, et il est impossible d'entrer dans des détails qui seraient ici superflus.

VACCINE.

La vaccine est une éruption contagieuse qui existe quelquefois naturellement sur le pis des vaches, et qui, transmise le plus ordinairement par inoculation d'individu à individu, peut prévenir ou au moins modifier la variole. Elle est caractérisée par une ou plusieurs pustules, argentines, larges, aplaties, multiloculaires, déprimées au centre, entourées d'une auréole érythémateuse, donnant lieu à une croûte brunâtre, qui se détache vers le vingt-cinquième jour, et laisse une cicatrice caractéristique.

La vaccine est une affection plutôt vésiculeuse que pustuleuse; mais nous nous croyons excusables en plaçant son étude après celle de la variole, par les rapports essentiels qui existent entre ces maladies.

Causes. La vaccine se développe souvent chez les jeunes filles et chez les enfans chargés de traire les vaches, dont le pis offre cette éruption, connue en Angleterre sous le nom de *cow-pox* (vérole de la vache), et même c'est

l'heureux privilége dont jouissaient ces individus, de n'être point atteints de la variole quand elle régnait dans tout le canton, qui a conduit Jenner à la découverte de ce moyen précieux.

Il se développe quelquefois une véritable éruption vaccinale sur les mains des palefreniers qui pansent des chevaux atteints des eaux aux jambes (*grease*). Nous avons vu deux cas de ce genre à l'hôpital Saint-Louis, dans lesquels on trouvait des caractères qui présentaient une identité parfaite avec ceux de la vaccine. D'après les expériences que M. Biett a faites, dans ce dernier cas, le pouvoir anti-varioleux serait moins marqué; cependant il faudrait des observations plus nombreuses pour présenter quelque chose de plus positif à cet égard.

Le plus souvent l'inoculation du virus-vaccin est la cause du développement de cette éruption. Ce virus peut être retiré, soit de la vache même, soit d'une vaccine développée chez l'homme par inoculation, et cette dernière méthode doit être préférée, parce que, beaucoup plus bénigne, elle entraîne bien moins d'accidens, et n'en est pas moins sûre.

C'est vers le quatrième ou cinquième jour, à dater du développement de la vésicule vaccinale, et en général du huitième au neuvième jour de l'éruption, qu'il convient de retirer le vaccin, soit pour l'inoculer de bras à bras, soit pour le conserver.

Pour l'inoculer de bras à bras, ce qui se fait le plus fréquemment et ce qui est aussi le plus sûr, on a proposé trois méthodes. L'inoculation par *piqûre* est bien préférable à celle qui serait faite à l'aide d'un *vésicatoire* ou par *incision*. Ces deux dernières en effet sont beaucoup moins sûres, l'une à cause de l'irritation trop vive qu'elle détermine; et l'autre, en outre, par l'écoulement de

sang auquel elle donne souvent lieu. C'est donc à la méthode par *piqûre* qu'il sera convenable d'avoir recours.

On peut la pratiquer sur tous les points de la surface de la peau ; mais le lieu d'élection se trouve sur l'insertion inférieure du muscle deltoïde. On peut vacciner à tout âge, mais le plus souvent l'inoculation se fait chez les enfans ; on ne doit cependant pas la pratiquer avant six semaines après la naissance, à moins d'indication pressante.

Armé d'une aiguille, et mieux d'une lancette, dont la pointe est chargée d'une gouttelette du fluide vaccin, le chirurgien saisit de la main gauche la partie postérieure du bras de l'individu qu'il veut vacciner ; et en même temps que de cette main il tend fortement la peau, de l'autre il introduit son instrument horizontalement, et seulement à quelques lignes. Il s'arrête un instant, et il retire bientôt sa lancette, en appuyant légèrement sur la piqûre, ou mieux en retournant la lame de manière à l'essuyer.

Il est utile de pratiquer plusieurs piqûres, mais seulement dans le but d'augmenter les chances de succès de l'opération ; car une seule vésicule de vaccine, convenablement développée, suffit pour mettre l'économie à l'abri de la contagion variolique aussi bien que trois ou quatre.

Quelquefois une idio-syncrasie particulière du sujet s'oppose au développement de la vaccine, et, dans quelques cas rares, elle ne s'est développée qu'après plusieurs vaccinations successives. Une variole antérieure, une première vaccine, l'inflammation de quelques organes, une éruption exanthématique aiguë, un léger écoulement de sang par les piqûres, sont autant de causes qui peuvent s'opposer au développement de l'éruption vaccinale.

La méthode par *incision* devrait être mise en usage si l'on n'avait que des fils imprégnés de vaccin, puisqu'il

est nécessaire de les laisser entre les deux lèvres de la plaie.

Symptômes. On peut diviser en quatre périodes le développement de la vésicule qui résulte de l'inoculation du virus-vaccin :

1° Dans la première, qui dure de trois à quatre jours ; la piqûre n'offre aucun changement particulier, la légère rougeur qui l'entoure dans les premiers instans lui est commune avec toutes les autres plaies de ce genre. Cette période peut quelquefois se prolonger jusqu'à quinze, vingt et vingt-cinq jours.

2° Dans la seconde, qui commence vers le troisième ou quatrième jour, et finit vers le huitième ou neuvième, on trouve d'abord une petite dureté qui est entourée d'une légère rougeur. Ce point érythémateux s'élève, et, dès le cinquième jour, on voit que l'épiderme est légèrement soulevé par une exsudation séreuse. Il existe alors une vésicule ombiliquée, qui, le sixième jour, est encore plus manifeste. Sa couleur est d'un blanc mat ; sa forme est arrondie ou un peu ovale. Lorsque la piqûre a été un peu allongée, elle augmente graduellement de volume, et conserve la dépression centrale jusqu'à la fin du huitième ou du neuvième jour ; quand la surface devient aplatie, et quelquefois plus élevée au centre qu'à la circonférence, celle-ci alors arrondie, luisante et tendue, dépasse tant soit peu la base de la vésicule, et renferme un fluide transparent, presque limpide, contenu dans plusieurs cellules. C'est à cette époque qu'il convient de retirer le vaccin.

3° La troisième période commence du huitième au neuvième jour; alors la vésicule a acquis son plus grand développement ; elle est entourée d'une auréole circonscrite, d'un rouge vif, dont le diamètre varie de trois à quatre

lignes à deux pouces, et dont le développement est accompagné d'une tuméfaction prononcée de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cette surface érythémateuse devient souvent le siége de petites vésicules. Ces symptômes sont surtout prononcés le dixième jour; le malade se plaint de chaleur et de démangeaisons; le bras est pesant; quelquefois il survient un léger engorgement des ganglions axillaires; le pouls est souvent accéléré, et quelquefois une éruption roséolaire ou érythémateuse, qui semble partir de l'auréole, s'étend sur les différentes parties du corps; elle consiste, la plupart du temps, en de petites taches circonscrites légèrement élevées.

4° La quatrième période enfin commence vers le dixième jour; l'auréole diminue; le fluide contenu dans la vésicule devient purulent, en même temps que celle-ci commence à se dessécher par le centre, qui prend une teinte brunâtre; les jours suivans la dessiccation continue, l'auréole disparaît peu à peu, ainsi que la tuméfaction, et bientôt la vésicule se trouve transformée en une croûte circulaire, très-dure, d'un brun foncé, qui se dessèche, se rapetisse en même temps qu'elle devient noirâtre, et qui, enfin, se détache du vingtième au vingt-cinquième jour à dater de la vaccination. A sa chute, on découvre une cicatrice qui, déprimée, circulaire et gauffrée, offre sur sa surface des enfoncemens propres à nous indiquer le nombre des cellules de la vésicule; les traces que laisse cette cicatrice sont indélébiles.

Telle est la marche régulière de la vaccine, et tels sont les caractères qu'elle doit présenter, afin de réunir toutes les conditions que l'on regarde comme nécessaires pour prévenir le développement de la variole. Des éruptions vaccinales accidentelles peuvent être produites par les inoculés eux-mêmes, qui, après s'être grattés, portent

leurs ongles, chargés de virus, sur les points où l'on observe des nouvelles vésicules.

Quant aux éruptions plus ou moins abondantes qui ont eu lieu pendant la marche de la vaccine chez des personnes alors exposées à la contagion variolique, et que beaucoup de médecins ont regardées comme des éruptions vaccinales résultant de l'action générale du virus-vaccin sur l'économie, il est maintenant reconnu qu'elles ne sont autre chose que des varioles très-légères, modifiées par le fait de la vaccination. Au reste, ce fait est très-remarquable et mérite de fixer l'attention, car des médecins ont inoculé la matière tirée de ces prétendues éruptions vaccinales, et ont développé, assurent-ils, de véritables vésicules de vaccine; or, de deux choses l'une : ou ils se sont trompés grossièrement, ou bien cette maladie, développée par inoculation, avait réellement l'apparence de la vaccine. En admettant cette dernière opinion, que devient la distinction entre la vaccine et certaines variétés de la variole?

Lorsque la vaccine ne suit pas la marche décrite, on la regarde comme incapable de garantir l'économie de l'infection variolique, et on lui a donné le nom de fausse vaccine.

Souvent, au lieu d'une vésicule, il se développe une véritable pustule. Le travail inflammatoire s'annonce le jour même ou le lendemain de la piqûre, qui est entourée d'une auréole très-marquée; la pustule augmente rapidement de volume; son centre est plus élevé que sa circonférence; dès le quatrième ou cinquième jour, elle est remplacée par une croûte d'un jaune brun, dont la chute plus ou moins prompte ne laisse aucune cicatrice.

L'éruption peut être vésiculeuse aussi, mais la marche irrégulière, et la maladie développée, incapable de garantir de la variole.

Willan admet trois fausses-vaccines vésiculeuses.

1° Dans l'une, la vésicule est parfaite, mais sans développement de l'auréole et de l'inflammation circonvoisine que l'on observe du neuvième au dixième jour ;

2° Dans l'autre, la vésicule est perlée, beaucoup plus petite que celle de la vraie vaccine : elle est aplatie ; la circonférence n'est point arrondie, et ne dépasse pas la base, qui est dure, enflammée, légèrement élevée et entourée d'une auréole d'un rouge très-foncé ;

3° Dans la troisième, la vésicule est plus petite que celle de la vraie vaccine ; elle est acuminée ; l'auréole, quelquefois d'un rouge peu intense, est très-étendue.

Dans ces deux variétés, l'auréole se montre dès le septième ou huitième jour, et disparaît vers le dixième. Alors la croûte est formée ; elle est plus petite, plus irrégulière que celle de la vraie vaccine ; il en est de même de la cicatrice. Quand même la vésicule vaccinale suivrait une marche assez régulière, quelques inoculateurs pensent que la formation d'une matière purulente dès le neuvième jour indique une vaccine sur laquelle on ne doit pas compter, et que la confiance devra encore être moindre si la croûte qui lui succède est petite et friable. Des pressions réitérées qui déchirent la vésicule ou empêchent sa marche ; des piqûres trop souvent répétées dans une vésicule pour en extraire le virus-vaccin, sont regardées comme pouvant diminuer plus ou moins la propriété antivariolique.

Enfin, on regarde comme cause du développement de la fausse vaccine, 1° l'inoculation du virus-vaccin chez des individus déjà vaccinés, ou qui ont eu la variole ; 2° l'inoculation du virus, pris dans une fausse vésicule ou même dans une vésicule de vraie vaccine, mais à une époque trop tardive ; 3° la complication de la scarlatine, de

la rougeole, de gastro-entérite plus ou moins grave, ou bien encore de quelques maladies cutanées chroniques, telles que le *prurigo*, l'*eczéma*, la *teigne*, la *lèpre*, etc.

Diagnostic. Les caractères qui viennent d'être décrits suffisent pour faire distinguer la vraie et la fausse vaccine. Quant aux autres éruptions, il n'y a guère que la variole dont les pustules se rapprochent de celles qui constituent les éruptions vaccinales ; mais, dans ce dernier cas, l'éruption est toujours locale, la contagion n'a lieu que par inoculation : il n'y a presque jamais de symptômes généraux. Les pustules sont plus larges, d'un blanc argenté, enfin les cicatrices plus étendues, moins profondes, et présentent un caractère particulier.

Prognostic. La vaccine est une affection très-simple, qui n'est accompagnée la plupart du temps d'autres phénomènes que des symptômes locaux de l'éruption. Chez quelques sujets, cependant, elle détermine un peu de fièvre, et quelquefois un léger exanthème. Dans ces cas, elle ne réclame d'autres moyens qu'un régime un peu sévère et des boissons délayantes ; le plus ordinairement elle ne demande aucun traitement ; seulement il faut éviter avec soin le frottement et les pressions sur l'endroit où l'inoculation a eu lieu.

Dans les cas d'éruption vaccinale survenue à la main d'individus qui auraient pansé des chevaux atteints des *eaux aux jambes* : des limonades, des bains locaux émolliens, quelquefois des cataplasmes pour diminuer le gonflement, un bain ou deux tièdes, et de légers laxatifs, sont les seuls moyens qu'il soit nécessaire de mettre en usage.

Lorsque la vaccine se développe d'une manière irrégulière par des causes plus ou moins appréciables, on devra

conseiller une seconde vaccination. Cependant, lors même que la vaccine a été parfaitement régulière, une foule de faits prouve que la contagion variolique peut encore exercer son influence sur l'économie ; mais presque toujours la maladie qui en résulte est très-légère, et ne poursuit pas sa marche accoutumée.

Plusieurs moyens ont été proposés pour s'assurer si la vaccine a exercé sur l'économie une influence nécessaire pour la garantir, autant que possible, de la contagion variolique.

Le premier consiste à vacciner de nouveau le même individu cinq ou six jours après la première vaccination ; il en résulte une vésicule, mais elle s'entoure d'une auréole presque aussitôt que la première.

Le second consiste aussi à vacciner de nouveau la même personne, mais douze jours après la première inoculation ; et si celle-ci a produit l'effet désiré, il n'en résultera qu'une vésicule irrégulière.

Enfin l'inoculation de la variole serait certes le meilleur moyen de s'assurer de l'effet de la vaccine. Il en résulte ordinairement une petite pustule locale qui se dessèche promptement, et n'est pas accompagnée de symptômes généraux. Quelquefois, à la vérité, elle produit une légère éruption générale ; mais elle est ordinairement très-bénigne. Ce moyen cependant pourrait n'être pas exempt d'inconvéniens.

Malgré l'assertion contraire de plusieurs médecins, l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la vaccination ne paraît apporter aucune modification dans le pouvoir anti-varioleux de la vaccine ; car, d'un côté, des personnes vaccinées depuis vingt ans résistent aussi bien que celles qui ne le sont que depuis quelques années, quelques mois ; et de l'autre, la variole, quand elle se développe

chez les individus vaccinés, est toujours modifiée, soit que la vaccination ait été pratiquée depuis quelques jours, soit qu'elle l'ait été depuis quelques années. Quant aux faits rapportés dans ces derniers temps, et qui sembleraient prouver d'une manière authentique le succès d'une seconde vaccination, après vingt ans d'une première *bonne* vaccine, ils pourront être rangés, avec quelque raison, parmi les exceptions, et être considérés comme analogues aux varioles *succédanées*.

Nous avons rapporté les différentes apparences assignées par les auteurs à la fausse vaccine; mais il est bon de faire observer que l'on est loin d'avoir établi ce que l'on doit entendre par fausse vaccine; pourquoi elle provient quelquefois de l'emploi du vrai vaccin; ou enfin quelles sont les causes réelles qui la produisent. Il serait d'autant plus important de répondre à ces questions, qu'il est clairement prouvé que des personnes qui offrent des cicatrices qui sont loin d'être celles qui sont attribuées à la vraie vaccine, résistent à la contagion variolique, et que celle-ci, lorsqu'elle les atteint, développe une éruption aussi modifiée que si la vaccine avait été parfaite.

Que de doutes! que d'obcurité! quelles anomalies! Ainsi diverses expériences ont été faites en inoculant des mélanges de virus-vaccin et de virus varioleux; il en est résulté tantôt la vaccine, tantôt la variole. Si les deux virus sont introduits séparément, mais en même temps, et si les piqûres sont très-rapprochées, les éruptions locales en se développant peuvent se confondre, et le virus retiré d'un côté produira la vaccine, et l'autre la variole. En vaccinant un enfant exposé à la contagion variolique, on le préserve quelquefois entièrement de son action; souvent au contraire, il se développe une variole modifiée. Enfin, dans quelques cas, la variole se montre même d'une

manière confluente, et poursuit une marche régulière en même temps que l'éruption vaccinale.

Quoi qu'il en soit, en inoculant la vaccine on aura pour but de préserver l'économie de la contagion variolique, ou au moins de modifiér la variole si elle se développe, et d'en faire disparaître presque toujours le danger; que s'il existe des faits incontestables qui prouvent que la variole s'est développée chez des individus vaccinés, comme on l'a vu, du reste, atteindre le même individu, malgré ces cas, rares d'ailleurs, et presque jamais graves, la vaccine, sans présenter jamais le moindre inconvénient par elle-même, n'en est pas moins un préservatif bien précieux pour l'humanité, et peut-être la plus belle conquête de l'art.

ECTHYMA (1).

L'*ecthyma* (ἔκθυμα, éruption pustuleuse) est une inflammation de la peau, caractérisée par des pustules *phlyzaciées*, larges, arrondies, ordinairement discrètes, à base enflammée, auxquelles succède une croûte plus ou moins épaisse, qui laisse à sa chute quelquefois une cicatricule, et le plus souvent une tache rouge qui persiste plus ou moins long-temps.

Ces pustules peuvent se développer sur toutes les régions du corps, mais on les observe surtout aux membres, aux épaules, aux fesses, au col et à la poitrine: elles se montrent plus rarement à la face et au cuir chevelu. Presque toujours, plus ou moins éloignées les unes des autres, elles peuvent exister en même temps sur des surfaces très-larges, et même sur tout le corps; mais le plus souvent elles sont bornées à un seul siége.

(1) Voyez la planche (n° 4. F.)

Causes. Tantôt l'ecthyma est produit par des causes directes appréciables, tantôt, au contraire, il se développe spontanément.

Dans le premier cas, il est souvent le résultat de frictions ou d'applications plus ou moins irritantes faites sur la peau. Ainsi, ce sont de véritables pustules d'ecthyma, qui surviennent à la suite de frictions faites avec la pommade d'Autenrieth, ou après l'application d'emplâtres saupoudrés de tartre stibié. Le plus souvent très-rapprochées, ces pustules offrent cela de particulier que l'épiderme se trouve toujours soulevé dans une grande étendue par une sérosité purulente, et que l'élévation est en général ombiliquée : leur durée est de quelques jours, et alors elles sont remplacées par des croûtes qui commencent à se former par le centre; l'inflammation qui les accompagne est souvent assez vive, mais elle n'offre aucun inconvénient, puisque c'est par elle que l'on cherche à établir une dérivation plus ou moins énergique : dans les cas où elle deviendrait trop grande et s'accompagnerait de vives douleurs, il faudrait avoir recours aux émolliens.

L'ecthyma idiopathique est souvent produit par le maniement de substances pulvérulentes, de produits métalliques, etc. On l'observe fréquemment aux mains, chez les épiciers, les maçons, déterminé par l'action du sucre, par celle de la chaux.

L'ecthyma se développe souvent aussi spontanément, et paraît, en général, comme symptomatique de quelque état particulier de l'économie; il attaque tous les âges, se manifeste dans toutes les saisons ; mais on l'observe surtout au printemps, dans l'été, chez les jeunes gens et les adultes : les femmes en sont quelquefois atteintes pendant la grossesse.

Il semble produit le plus communément par de longues

fatigues, des travaux forcés, des veilles prolongées, une mauvaise nourriture, la malpropreté, des affections morales vives, etc.; et l'action de ces causes diverses est encore plus énergique, quand les malades soumis à leur influence se livrent à des excès de débauches.

L'ecthyma se développe encore dans les périodes d'acuité de certaines maladies chroniques de la peau, du *lichen*, du *prurigo*, et surtout de la *gale*; ou bien dans la convalescence de quelques inflammations aiguës, de la *scarlatine*, par exemple, de la *rougeole*, et principalement de la *variole*.

Enfin des irritations chroniques des organes intérieurs exercent quelquefois une influence évidente sur l'apparition de l'ecthyma, et dans quelques cas plus rares, une éruption de pustules ecthymoïdes a paru critique dans des gastro-entérites aiguës.

L'ecthyma peut être tout-à-fait partiel, et parcourir ses périodes, fixé à un seul siége. Dans ce cas, sa durée est de un à deux septénaires. Il peut être général, et se développer sur toutes les régions du corps, le plus souvent par des éruptions successives, et, dans ce cas, persister pendant des semaines et des mois entiers.

Symptômes. Quand la maladie est partielle, l'éruption peut se faire à la fois, mais elle est le plus communément successive. Elle débute ordinairement par des points rouges, enflammés, circonscrits, qui s'élèvent et acquièrent dans l'espace de quelques jours un volume plus ou moins considérable; leur sommet se trouve bientôt soulevé par du pus, tandis que la base est dure, circonscrite et d'un rouge vif; le liquide purulent se dessèche au bout de trois ou quatre jours; il se forme des croûtes plus ou moins épaisses, qui laissent à leur chute des taches d'un rouge foncé. Les pustules sont en général séparées les unes des

autres, mais quelquefois elles forment des groupes irréguliers; leur volume varie depuis celui d'une petite lentille jusqu'à celui d'un franc, et au-delà. Leur développement est, dans quelques cas, accompagné de douleurs très-vives. La suppuration, dans quelques circonstances, a lieu très-promptement; d'autres fois elle ne s'établit que dans l'espace de plusieurs jours; tantôt, le pus est en petite quantité, et occupe seulement le sommet de la pustule, dont la base est large, dure et d'un rouge vif; tantôt il soulève l'épiderme dans toute l'étendue de la surface enflammée, et lui donne souvent l'apparence d'une bulle; souvent aussi alors le liquide purulent semble être borné à l'intérieur par une petite couche circulaire d'un liquide séreux et transparent. Ce sont surtout les pustules qui se développent aux mains et aux pieds qui offrent cette apparence.

Dans quelques pustules il y a résolution, et de légères squammes blanchâtres se forment successivement à la surface; mais le plus généralement il s'établit après la suppuration une croûte plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente, qui en tombant laisse une tache d'un rouge foncé, et quelquefois, mais rarement, une cicatrice. Quand les pustules se sont succédé pendant un certain temps, ces taches rouges sont très-nombreuses, presque confondues, et donnent à la surface malade un aspect particulier que l'on n'observe qu'après l'ecthyma.

Quelquefois enfin aux pustules succèdent des ulcérations, plus ou moins profondes, surtout à celles qui occupent les membres inférieurs, et qui sont la suite de la scarlatine ou de la variole. Il existe alors beaucoup d'inflammation à la base; les croûtes sont épaisses, et l'ulcère que leur chute laisse à découvert est en général blafard,

sanieux, sanguinolent, douloureux et toujours de mauvaise nature.

Chez les enfans faibles, mal nourris, cachectiques, surtout chez ceux qui ont été affectés d'entérite, avec cette tuméfaction de l'abdomen si fréquente alors, on voit souvent se développer l'ecthyma. (*E. infantile*, Willan.) En général, dans ces cas, les pustules sont d'un volume tout-à-fait irrégulier, et à côté d'une petite, on en trouve souvent une très-étendue : leur forme est circulaire, et leur couleur d'un rouge plus ou moins vif, suivant que les enfans sont plus ou moins affaiblis. Tantôt ces larges pustules suppurent, et donnent lieu à une ulcération plus ou moins profonde, remplacée à la longue par une légère cicatrice. Tantôt, après avoir menacé de suppurer, elles diminuent graduellement de volume, et il se fait à leur surface plusieurs desquammations successives.

Chez des personnes avancées en âge, cacochymes, et qui s'adonnent à l'ivrognerie, on voit assez souvent une variété de l'ecthyma qui se rapproche beaucoup du rupia (*ecthyma cachecticum*, Willan). Elle siége surtout aux jambes, mais presque toutes les parties du corps peuvent en être affectées. La peau s'enflamme et se tuméfie lentement dans une étendue plus considérable que dans les cas ordinaires d'ecthyma ; elle prend une teinte rouge foncée, et, au bout de six à huit jours, l'épiderme qui recouvre la surface se trouve soulevé par une saillie noirâtre, mêlée de sang ; bientôt il se rompt, et il se forme en peu de temps une croûte épaisse, noirâtre, plus élevée au centre ; les bords sont durs, calleux, plus ou moins enflammés ; les croûtes sont très-adhérentes et ne se détachent que dans l'espace de quelques semaines ; elles persistent même quelquefois plusieurs mois. Si elles tombent acci-

dentellement, il en résulte une ulcération de mauvais caractère, qui se recouvre difficilement d'une nouvelle croûte.

Quelquefois des symptômes généraux, tels que de l'abattement, de l'anorexie, une fièvre lente, de la constipation, etc., précèdent ou accompagnent l'éruption; mais ces symptômes disparaissent en général avec elle. Dans quelques cas les ganglions lymphatiques correspondans s'engorgent, et déterminent des douleurs très-vives, qu'il faut souvent combattre par des applications émollientes, et quelquefois des saignées locales.

La suppuration et la dessiccation sont les terminaisons les plus ordinaires de l'ecthyma; la résolution et l'ulcéra- sont beaucoup plus rares.

Diagnostic. Les pustules d'ecthyma sont en général faciles à reconnaître par leur volume, l'inflammation de leur base et leur mode de développement. Ces caractères suffiront pour empêcher de les confondre avec les pustules de l'acné, de l'impétigo, de la mentagre, du porrigo. Cependant, lorsque des pustules de mentagre ou d'acné offrent, comme cela se voit assez souvent, une base dure et rouge, elles pourraient en imposer pour les pustules *phlyzaciées* de l'ecthyma, si l'état d'induration plutôt que d'inflammation de la base chez les premiers, et les caractères propres que l'on retrouve facilement dans le plus grand nombre, n'étaient suffisans pour empêcher l'erreur.

Les pustules ombiliquées de la variole, les pustules multiloculaires de la vaccine, et leur nature contagieuse, ne permettent pas de confondre cette maladie avec l'ecthyma.

Il est plus difficile de distinguer les pustules de l'ecthyma des pustules syphilitiques, qui offrent à peu près les mêmes

caractères, d'autant mieux que quelquefois la syphilide pustuleuse peut se manifester par de véritables pustules ecthymoïdes. Dans ces cas, l'auréole cuivrée, les signes commémoratifs et les symptômes concomitans formeront la base du diagnostic.

On ne confondra sans doute jamais la *gale* avec l'ecthyma, en se rappelant qu'il n'y a point de gale pustuleuse, et si parmi les vésicules on rencontre des pustules proprement dites, les caractères assignés aux pustules de l'impétigo et à celles de l'ecthyma, serviront à faire reconnaître si la complication est de telle ou telle espèce; du reste on les retrouve souvent les unes et les autres; mais on observe celles de l'ecthyma plus fréquemment et en plus grand nombre. D'ailleurs les petites vésicules dont elles sont entremêlées ne peuvent laisser aucun doute.

On distingue l'ecthyma du *furoncle* en ce que, dans le premier cas, c'est une inflammation de la peau, qui se propage de dehors en dedans, tandis que le furoncle occupe le tissu cellulaire sous-cutané, dont il occasione la mortification dans une petite étendue, et se termine par l'expulsion au dehors, sous fome de bourbillon, de cette petite portion mortifiée.

Enfin le *rupia* offre beaucoup de ressemblance avec l'ecthyma, et ces deux maladies paraissent quelquefois comme deux degrés d'une seule et même lésion; on les voit souvent ensemble, et s'il existe des caractères assez positifs pour empêcher de confondre l'ecthyma simple avec le rupia, il n'en existe pas pour distinguer de cette maladie ces larges inflammations circonscrites de la peau (*ecthyma luridum*) où l'épiderme, soulevé par un sang noirâtre, se trouve remplacé par une croûte très-épaisse qui recouvre une surface plus ou moins profondément ulcérée. Quoi qu'il en soit, un soulèvement de l'épiderme, formé par une

sérosité purulente, et qui constitue une véritable bulle, des croûtes saillantes semblables à une écaille d'huître ou à une coque de patelle, et enfin des ulcérations souvent profondes, diffèrent assez des pustules phlyzaciées à base dure et enflammée, des croûtes informes et des excoriations superficielles et d'ailleurs assez rares, de l'ecthyma, pour faire dans tous les cas distinguer le rupia de l'ecthyma simplex.

Prognostic. L'ecthyma n'est point une maladie grave; son prognostic varie suivant l'étendue de la maladie, l'âge et l'état du sujet, la nature des lésions concomitantes.

Traitement. Lorsque l'éruption est partielle, peu intense, et suit une marche régulière, elle ne réclame d'autres moyens de traitement que des boissons délayantes, des bains simples ou émolliens, et un régime doux. Si elle était plus grave, et accompagnée de beaucoup d'inflammation, on pourrait pratiquer une petite saignée, ou appliquer quelques sangsues à l'anus.

Lorsque la maladie se prolonge, surtout chez des individus dont la constitution est plus ou moins détériorée, les soins hygiéniques tiennent le premier rang dans le traitement à suivre. On soumet le malade à un exercice modéré, à l'usage d'alimens de bonne qualité. On lui fait prendre des bains simples, ou mieux légèrement excitans: des bains alcalins, par exemple, ou des bains de mer. Des laxatifs doux sont ordinairement très-utiles, à moins que leur emploi ne soit contre-indiqué par l'existence de symptômes évidens de gastro-entérite. Le malade devra surtout éviter les écarts de régime, l'usage des boissons spiritueuses, les travaux fatigans, les veilles, etc.

Quelquefois il faut avoir recours aux toniques, à la décoction de quinquina, aux préparations ferrugineuses, etc.

Les ulcérations qui suivent la chute des croûtes offrent

en général un mauvais caractère, et sont lentes à se cicatriser. S'il y avait beaucoup d'inflammation, on emploierait des applications émollientes; mais le plus ordinairement, au contraire, il devient nécessaire d'en exciter la surface, soit en la touchant avec du nitrate d'argent fondu, soit en la lavant à plusieurs reprises avec des décoctions aromatiques, ou légèrement stimulantes. L'acide hydrochlorique étendu d'eau est quelquefois très-avantageux pour vivifier les surfaces et changer le mode d'inflammation. Celle-ci devient plus vive, et les ulcérations se cicatrisent promptement.

IMPÉTIGO.

M. Biett désigne, avec Willan, sous le nom d'*impétigo*, une maladie non contagieuse caractérisée par une éruption de pustules *psydraciées*, le plus souvent très-rapprochées les unes des autres, qui forment des croûtes en général épaisses, rugueuses et jaunâtres.

Tantôt tout-à-fait agglomérées, les pustules occupent une surface plus ou moins étendue, mais assez exactement circonscrite, et à laquelle on peut assigner une forme, soit circulaire, soit ovale, ce qui constitue l'*impetigo figurata* de Willan : tantôt les pustules sont disséminées, éparses, et n'affectent aucune forme régulière: c'est l'*impetigo sparsa* du même auteur. Il existe entre ces deux variétés beaucoup de degrés intermédiaires; mais elles offrent des caractères assez distincts pour que l'on puisse y rattacher l'étude générale de la maladie. Toutes deux peuvent exister, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Enfin il est d'autres formes.

A. L'*impetigo figurata* occupe le plus souvent la face, et en particulier les joues; on l'observe cependant assez

fréquemment sur les membres et même sur le tronc. Les enfans à l'époque de la dentition, les jeunes gens et les femmes d'un tempérament lymphatique ou sanguin, dont le teint est frais et la peau fine et impressionnable, en sont souvent affectés. Il se développe surtout au printemps, et quelques individus en sont périodiquement atteints à cette époque pendant plusieurs années consécutives.

Son apparition est rarement accompagnée de symptômes généraux autres que d'un peu de malaise, quelquefois de la céphalalgie.

Lorsque l'*impetigo figurata* se développe à la face, il peut occuper un espace très-variable. Tantôt on voit une ou plusieurs petites surfaces distinctes, rouges, un peu élevés, qui se recouvrent assez promptement de petites pustules assez rapprochées : ces surfaces enflammées peuvent rester isolées, ou bien se confondre par le développement de pustules à leur circonférence. Tantôt l'éruption est plus étendue, et l'inflammation plus intense. Ainsi les deux joues ou tout le menton peuvent être envahis à la fois; il existe dans ce cas, comme dans le premier, beaucoup de démangeaisons, et même une espèce d'érysipèle qui précède et accompagne l'éruption. Celle-ci est pustuleuse dès le début; les pustules sont petites, agglomérées, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau. Elles ne restent pas long-temps dans le même état; mais, dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, ou, au plus, dans trois jours, elles s'ouvrent, et versent au-dehors un liquide purulent. La chaleur, le prurit, la tension sont en même temps plus prononcés. Le fluide, versé en abondance sur la surface malade par une foule de points, s'y dessèche promptement en grande partie, et forme des croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres, très-friables, semi-transparentes, qui offrent une certaine ressemblance

avec le suc gommeux de quelques arbres, ou à un peu de miel desséché. Le suintement continue, les croûtes augmentent d'épaisseur, et c'est dans cet état ordinairement que les malades se présentent à l'examen du médecin. On aperçoit alors des croûtes plus ou moins épaisses, friables, d'un jaune verdâtre, qui recouvrent une surface rouge, enflammée, d'une forme irrégulièrement circulaire, d'où suinte un liquide séro-purulent en plus ou moins grande abondance.

Vers les bords de cette surface on trouve encore quelques pustules psydraciées intactes, et d'autres sur lesquelles le fluide versé au dehors est à peine coagulé. Les traits de la face sont presque méconnaissables pour peu que la maladie soit étendue.

L'*impetigo figurata* reste ainsi à l'état crustacé pendant un temps variable, qui est de deux à quatre septénaires, lorsqu'il n'est pas prolongé par des éruptions successives: alors le prurit et la chaleur diminuent, ainsi que le suintement, et les croûtes se détachent peu à peu d'une manière irrégulière; la surface qu'elles laissent à découvert par leur chute est rouge, tendue: et souvent il s'y fait de légères gerçures d'où suinte un fluide qui, en se desséchant, forme de nouvelles croûtes, mais plus minces. Enfin lorsque les croûtes se sont entièrement détachées, la peau reste long-temps plus rouge; elle est luisante, l'épiderme très-fin, et il suffit quelquefois d'une légère excitation pour reproduire la maladie.

L'*impetigo figurata* peut n'occuper qu'une petite surface à son début, et s'étendre ensuite plus ou moins par le développement successif de pustules psydraciées à sa circonférence; dans ces cas la dessiccation commence par le centre.

Quelquefois des éruptions successives prolongent pen-

dant des mois et même des années la durée de l'*impetigo figurata*, et il est alors chronique par sa durée, bien que ces inflammations qui se succèdent le tiennent toujours à cet état aigu. Les causes qui prolongent ainsi la maladie sont des excès dans le régime, ou bien l'emploi de moyens excitans, de la cautérisation par exemple, l'usage intempestif des préparations sulfureuses. Dans ces cas même la peau peut s'enflammer profondément, elle s'épaissit; mais jamais la surface malade n'offre cet état de sécheresse que l'on observe dans quelques variétés de l'*impetigo figurata* chronique, fixé aux membres.

L'*impetigo figurata* du visage n'occupe quelquefois qu'une surface très-petite. C'est ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, à l'hôpital Saint-Louis, borné aux deux paupières, et former au milieu, des croûtes coniques et saillantes. Il entretenait une ophthalmie chronique.

D'autres fois nous l'avons vu, autour de la lèvre supérieure, se prolonger inférieurement de chaque côté d'une manière égale, et offrir dans tous les points une largeur uniforme, qui ne dépassait pas quatre ou cinq lignes, de manière à imiter la forme d'une paire de moustaches.

L'*impetigo figurata* peut se montrer sur les membres et même sur le tronc. Lorsqu'il occupe les membres inférieurs, les surfaces malades sont, en général, larges et d'une forme irrégulièrement ovale, tandis qu'elles sont moins étendues et d'une forme plus arrondie sur les membres supérieurs. Les pustules se développent de la même manière qu'à la face: elles sont promptement remplacées par des croûtes épaisses d'un jaune verdâtre ou brunâtre. Lorsqu'elles tombent il s'en forme successivement d'autres par la dessiccation du fluide séro-purulent versé par la surface enflammée. La durée de la maladie est très-variable, souvent elle devient chronique; mais alors on n'observe pas

d'éruption successive et abondante de pustules sur ces larges plaques enflammées; il en paraît seulement de temps en temps sur quelques points de leur surface, surtout vers la circonférence. Le derme lui-même semble enflammé à une certaine profondeur; il acquiert une épaisseur remarquable. Chez la même personne, on trouve des plaques crustacées d'*impetigo figurata* d'une étendue variable: quelquefois une large croûte occupe la partie interne de l'une ou l'autre cuisse, tandis que d'autres se trouvent à la partie externe, d'autres sur la jambe; dans quelques cas on en trouve sur le ventre. Quelquefois les croûtes qui recouvrent ces plaques acquièrent une grande épaisseur, et la maladie répond à l'*impetigo scabida* de Willan.

Lorsque la maladie est ainsi chronique, souvent on ne trouve pas de pustules, mais la forme particulière des plaques, celle ces croûtes, et des éruptions partielles qui ont lieu de temps en temps, suffisent pour la caractériser.

Quand la guérison a lieu, soit naturellement, soit par l'effet du traitement, la chaleur et démangeaisons diminuent, le suintement devient moins abondant, les croûtes moins épaisses: les bords commencent à se sécher, et peu à peu la surface malade cesse de se couvrir de croûtes; mais dans ces endroits la peau ne reprend que lentement sa couleur naturelle.

B. L'*impetigo sparsa* ne diffère de la variété précédente que par la distribution irrégulière et éparse des pustules, qui, du reste, suivent la même marche, et donnent lieu également à la formation de croûtes épaisses, rugueuses, d'un jaune verdâtre. On observe surtout cette variété en automne: elle persiste avec opiniâtreté pendant tout l'hiver, pour disparaître avant le retour de la belle saison. Elle

a plus de tendance que l'*impetigo figurata* à passer à l'état chronique.

Bien qu'il puisse se développer sur toutes les parties du corps, l'*impetigo sparsa* affecte surtout les membres : on le voit principalement aux plis des articulations. Son siége de prédilection est surtout aux jambes. Tantôt il ne se manifeste que sur une seule région, tantôt il couvre un membre tout entier, ou plusieurs à la fois.

Les pustules se développent de la même manière que dans la variété précédente ; mais, au lieu d'être groupées, elles sont irrégulièrement répandues sur la surface malade : elles sont accompagnées de vives démangeaisons, et ne tardent pas à se rompre. Il se forme bientôt des croûtes jaunes par la dessication partielle du liquide séro-purulent versé au dehors : ces croûtes sont rugueuses, plus ou moins épaisses, friables, et ne forment pas de larges lames, comme les squammes de l'eczéma ; elles couvrent bientôt toute la surface ; mais, presque toujours, on trouve quelques pustules éparses. Lorsque les croûtes tombent, soit naturellement, soit sous l'influence du traitement, on trouve au-dessous une surface enflammée, offrant çà et là des excoriations superficielles. Un fluide séro-purulent s'écoule de cette surface, et renouvelle les croûtes par sa dessiccation partielle. Souvent ce suintement est très-abondant, et imbibe promptement les linges que l'on applique sur la partie malade.

Dans quelques cas, et surtout chez les individus d'un certain âge, dont la constitution est détériorée, les croûtes acquièrent une grande épaisseur ; elles sont d'un brun jaunâtre foncé, et ont été comparées à une écorce d'arbre par Willan, qui donne à cette variété le nom d'*impetigo scabida*. Quelquefois ces croûtes recouvrent tout un membre qui en paraît encaissé, et dont les mouvemens sont

difficiles et douloureux; il y a en même temps de la chaleur et un prurit fort incommode. Ces croûtes épaisses se fendent dans un certain espace de temps, et lorsqu'il s'en détache des portions plus ou moins étendues, une nouvelle croûte se reforme promptement sur la surface mise à découvert. Quand la maladie est si intense et lorsqu'elle occupe les membres inférieurs, elle se complique quelquefois d'anasarque et même d'ulcérations étendues. Si elle se propage jusqu'aux orteils, les ongles peuvent être détruits; et, comme dans certains cas de *lèpre* et de *psoriasis*, ils sont épais, irréguliers, lorsqu'ils reparaissent.

Enfin l'impétigo, qui, comme nous l'avons dit, n'est accompagné le plus ordinairement d'aucuns symptômes généraux, peut cependant, dans quelques circonstances, se présenter avec un appareil inflammatoire très-prononcé. Ainsi nous avons vu plusieurs malades, dans les salles de M. Biett, chez lesquels il existait en même temps un trouble général très-marqué, de la fièvre, une cuisson brûlante, beaucoup de chaleur et une injection érysipélateuse (*impetigo erysipelatodes*, Willan).

Il est encore une forme très-rare, et que M. Biett, qui ne l'a rencontrée qu'une ou deux fois, s'est contenté jusqu'à présent de signaler dans ses leçons; c'est l'*impetigo rodens*. Il semblerait tendre à détruire les tissus qu'il affecte.

On conçoit bien qu'il existe, entre toutes ces variétés, une foule de degrés intermédiaires qu'il est impossible de décrire, mais qui se rapportent plus ou moins à l'une d'elles.

La durée de l'impétigo est très-variable; il peut se terminer dans trois ou quatre septénaires, ou bien se prolonger d'une manière indéfinie. Il existe, entre ces deux

termes, une foule de degrés qui ne sauraient être précisés d'avance.

Causes. — Certaines causes extérieures peuvent développer les pustules de l'impétigo, en agissant directement sur la peau; telles sont les éruptions qui paraissent souvent sur les mains des individus qui manient différentes substances irritantes, le sucre brut, la chaux, les poussières métalliques. Les mêmes causes peuvent souvent développer les pustules d'ecthyma.

On observe l'impétigo dans toutes les saisons, mais surtout au printemps et en automne. Les enfans lors de la dentition, les femmes à l'époque critique, en sont souvent affectés. On a remarqué que les personnes d'un tempérament lymphatique ou sanguin, dont la peau est très-fine et le teint très-frais, y sont surtout prédisposées. Des excès quelconques, un exercice violent, paraissent quelquefois occasioner le développement de l'impétigo; et les affections morales vives, surtout le chagrin et la crainte, exercent, dans quelques cas, sur son apparition, une influence remarquable.

L'impétigo complique souvent d'autres inflammations de la peau, et surtout le *lichen*.

Diagnostic. — Le développement de pustules *psydraciées* disposées en groupes ou éparses, qui donnent lieu à la formation de croûtes épaisses, rugueuses et jaunâtres, suffit pour distinguer l'impétigo des éruptions vésiculeuses ou vésiculo-pustuleuses de l'*eczéma*, auxquelles succèdent des croûtes lamelleuses ou squammeuses et minces, et dans lesquelles d'ailleurs on retrouve presque constamment les lésions élémentaires, qui sont des *vésicules*.

Lorsque l'*impétigo figurata* occupe le menton, il faut quelquefois une certaine attention pour ne pas le confondre avec la *mentagre*. Dans l'impétigo les pustules sont

petites, jaunes, rapprochées; le suintement est abondant; les croûtes sont épaisses, d'un jaune verdâtre, semi-transparentes, et d'ailleurs il n'existe ni callosités ni tubercules: les pustules de la mentagre sont plus grandes, moins jaunes, isolées, plus élevées que celles de l'impétigo; le suintement est beaucoup moins abondant, et les croûtes, plus sèches, d'une couleur plus foncée, ne se reproduisent que lors d'une nouvelle éruption.

L'impétigo du cuir chevelu pourrait être pris pour le *porrigo*. Les pustules du *porrigo favosa* qui, enchâssée dans l'épiderme, se transforment promptement en une croûte jaune, sèche, disposée en godet; les pustules de même nature du *porrigo scutulata*, qui par leur agglomération le rapprocheraient plus encore de l'impétigo, suffisent bien pour les distinguer; d'ailleurs, ces deux espèces de *porrigo* sont contagieuses, elles font tomber les cheveux, deux circonstances qui n'existent pas pour l'éruption impétigineuse.

Quand l'impétigo complique la *gale*, il suffit de la plus légère attention pour reconnaître les *vésicules*; il faut se rappeler que les pustules, qui ne sont dans la presque totalité des cas que des complications, sont toujours, ou de véritables pustules psydraciées d'impétigo, ou des pustules phlyzaciées d'ecthyma.

On a pris des croûtes épaisses, développées à la face, sur des ulcérations syphilitiques, pour des impétigo; mais, pour commettre une pareille erreur, il faut n'être pas versé le moins du monde dans le diagnostic différentiel des maladies de la peau. Nous avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Biett, un malade qui avait à la figure la *syphilide* la mieux caractérisée, et que l'on traitait depuis plusieurs mois dans un autre hôpital pour un *impetigo figurata*. Des croûtes larges, noirâtres, épais-

ses, très-adhérentes, reposant sur des chairs violacées, entourées çà et là de cicatrices indélébiles, laissant à leur chute des ulcérations profondes; une certaine forme arrondie de l'éruption prise dans la totalité, et un aspect particulier qu'il suffirait certainement d'avoir vu *une seule fois* pour ne s'y jamais méprendre, sont des caractères assez tranchés pour empêcher une erreur aussi grave.

Prognostic. L'impétigo n'est point une maladie qui menace les jours du malade, et par conséquent le prognostic n'est point fâcheux : mais s'il est sans danger, l'impétigo est fort incommode et souvent très-repoussant. En portant le prognostic, on devra surtout se garder de promettre une guérison trop prompte, promesse que le temps dément très-fréquemment. La maladie est plus grave quand elle est déjà ancienne, quand le malade est âgé ou d'une constitution détériorée, quand l'impétigo est aigu, le sujet jeune et robuste.

Traitement. Dans le traitement de l'impétigo, l'utilité des préparations sulfureuses a été admise sur une base beaucoup trop étendue, et trop souvent c'est à elles qu'on a recours dans le début comme à un moyen spécifique. Loin d'être constamment utile, leur emploi intempestif aggrave souvent la maladie, et prolonge de beaucoup sa durée. En général, il ne faut jamais les employer dans les premiers temps.

Lorsque l'impétigo est peu étendu, que les symptômes d'irritation locale sont peu prononcés, il suffit de quelques lotions émollientes avec l'eau de guimauve, la décoction de têtes de pavots, le lait tiède, l'eau de son, une émulsion d'amandes. On donnera au malade quelques boissons rafraîchissantes.

Mais si la maladie était plus étendue, si elle occupait une plus ou moins grande partie de la face, il faudrait

avoir recours à une émission sanguine, soit locale, soit générale, en ayant égard aux forces du sujet. L'une et l'autre sont souvent utiles. La saignée du pied et une ou plusieurs applications de sangsues aux apophyses mastoïdes ou à l'anus, rempliront cette double indication.

Lorsque la maladie occupe une région aussi irritable que la face, il n'est pas nécessaire pour saigner, qu'elle soit à son début; ce moyen sera encore très-utile dans le cas d'*impetigo figurata* fixé à cette partie, et qui aurait été aggravé par un traitement incendiaire. Les lotions émollientes, et en même temps quelques laxatifs, tels que l'infusion de chicorée avec demi-once de sulfate de magnésie ou de soude par pinte, pourront être employés avec avantage.

Les bains généraux sont aussi très-utiles, même quand la maladie occupe la face; car ils agissent en diminuant l'éréthisme général; mais ils doivent être à 25 ou 27° Réaumur; plus chauds, ils pourraient occasioner une congestion nuisible vers la tête. Lorque l'inflammation est diminuée, on peut remplacer avantageusement les lotions émollientes par des lotions légèrement alumineuses.

Ces moyens simples suffisent dans beaucoup de cas; et vers la fin du traitement, on peut employer avec avantage les bains et les douches de vapeur; ils sont surtout utiles lorsque la maladie persiste, et alors ils paraissent agir en changeant le mode de vitalité de la peau.

Dans ces cas, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques, et les purgatifs sont sans contredit ceux qui sont le plus souvent suivis de succès. Bien entendu, on devra avoir égard aux organes digestifs. Les purgatifs les plus employés sont le calomel, le sulfate de magnésie, de soude, le jalap, l'huile de ricin. On peut donner au malade, dans les mêmes circonstances, des boissons aci-

dulées, par l'addition d'un demi-gros à un gros d'acide sulfurique par pinte. On lui fera prendre des bains tièdes, locaux ou généraux, alcalins. On fera sur l'éruption des lotions de la même nature.

On peut alterner les lotions alcalines avec des lotions d'eau acidulée et en particulier avec l'acide hydrocyanique médicinal, à la dose de deux ou trois gros dans une demi-livre d'eau distillée, avec addition d'une demi-once d'alcool rectifié. Il est nécessaire, avant de faire ces différentes lotions, de nettoyer autant que possible les surfaces malades des croûtes qui les couvrent. C'est au moyen de bains tièdes prolongés et souvent répétés que l'on obtient ce résultat.

C'est lorsque la maladie passe ainsi à l'état chronique que les préparations sulfureuses sont surtout utiles, et qu'elles ont eu souvent de si heureux résultats. Les eaux de Barèges, d'Enghien, de Bonnes, de Cauterets, sont les plus généralement employées. On les administre en bains ou bien à l'intérieur, soit seules, soit mêlées avec du lait. Souvent aussi les bains de mer peuvent être très-utiles.

Les bains de vapeur, et surtout les douches que l'on dirige sur les plaques de l'*impetigo figurata*, sont aussi très-utiles dans cette éruption, passée à l'état chronique. Le malade doit se tenir à une certaine distance de la douche, dont la durée sera de dix à vingt minutes.

Ces moyens, combinés et employés avec méthode, triomphent souvent d'impétigo fort rebelles, et il n'est pas nécessaire pour les employer que les individus soient avancés en âge ou affaiblis; on peut les mettre en usage chez des sujets jeunes, forts et robustes, toutes les fois que la durée de la maladie semble l'exiger.

Dans quelques cas, toutes ces médications ne produi-

sent pas le résultat désiré, et c'est alors que l'on a proposé de cautériser les surfaces malades avec un acide affaibli; on a voulu donner la préférence à l'acide hydrochlorique, qui, disait-on, ne déterminait jamais de cicatrices; mais on sait pertinemment qu'il peut en produire, et que tout autre acide peut remplir le même but, qui est de changer le mode de vitalité de la peau. En bornant l'emploi de ce moyen aux cas qui ont résisté aux autres moyens de traitement, on évitera les inconvéniens qui résultent si fréquemment de son usage intempestif; quelquefois même il a été suivi de très-bons effets. Mais ce n'est pas une cautérisation proprement dite que l'on doit se proposer d'obtenir ainsi, soit que l'on ait recours à une dissolution étendue de nitrate d'argent, soit que l'on emploie un acide. On trempe la barbe d'une plume que l'on promène ensuite sur toute la surface malade, et aussitôt après on asperge abondamment, d'eau simple, cette même surface, pour empêcher le caustique de porter trop loin son action.

C'est dans de semblables circonstances que le *protonitrate de mercure*, incorporé dans de l'axonge, a été suivi de succès : la dose est d'un scrupule à un gros par once de graisse, suivant l'excitation que l'on veut produire. Souvent il est bon, quand la maladie est peu étendue, de modifier la vitalité de la peau, en appliquant un vésicatoire sur la surface malade elle-même.

Tous ces moyens peuvent être infructueux; la maladie réclame alors des remèdes encore plus énergiques, et les préparations arsénicales sont quelquefois suivies d'un succès inespéré; la solution de Pearson suffit dans la plupart des cas pour amener une guérison prompte et solide.

Il faut rapporter au genre impétigo deux variétés qui ont été rangées à tort dans le genre *porrigo*, et auxquelles Willan et Bateman ont assigné, pour lésions élémentaires, des pustules spéciales, des *achores* qui, cependant, diffèrent peu des pustules psydraciées de l'impétigo.

Les *achores* sont ordinairement peu étendues, toujours superficielles, à base enflammée, plus ou moins irrégulières, confluentes, et formées par la collection d'un liquide purulent, qui a soulevé l'épiderme. Au bout de quelques jours, les pustules s'ouvrent, et laissent échapper un liquide qui se concrète et se convertit en croûtes larges et brunes, formées de couches superposées, et bien différentes de ces incrustations épaisses qui succèdent aux *favi*.

Ces deux variétés ont été décrites sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata*. M. Biett, leur assignant leur véritable place, les a considérées comme des variétés de l'impétigo.

IMPETIGO LARVALIS.

(Croûte de lait. — *Impetigo.*)

L'*impetigo larvalis* (de *larva*, masque) est caractérisée par une éruption de pustules superficielles d'un blanc jaunâtre, plus ou moins confluentes, réunies en groupes, auxquelles succèdent des croûtes jaunes et verdâtres, tantôt lamelleuses et minces, tantôt épaisses et rugueuses, qui offrent la plus grande analogie avec celles de l'*eczema impetiginodes* ou de l'*impetigo figurata*.

On observe surtout cette maladie chez les jeunes sujets, et principalement chez les petits enfans; elle peut se développer sur toutes les parties du corps, mais les régions qui en sont le plus spécialement le siége sont : le cuir chevelu, les oreilles, les lèvres; et souvent la face se trouve

presque totalement couverte par des croûtes plus ou moins épaisses qui la cachent comme le ferait un masque, d'où lui vient le nom de *larvalis*.

L'impetigo larvalis offre beaucoup de variétés qui résultent surtout du degré d'inflammation et de l'épaisseur plus ou moins grande des croûtes.

Chez de très-jeunes enfans, la maladie consiste seulement dans le développement de petites pustules qui, répandues sur le cuir chevelu, sur les tempes, etc., forment bientôt des croûtes, en général minces, mais qui peuvent devenir quelquefois plus épaisses, quand le suintement est abondant; ce sont elles que les auteurs ont désignées sous le nom de croûtes de lait. Dans ce cas, l'affection est des plus bénignes; mais souvent elle est beaucoup plus grave et se montre, soit à la face, soit au cuir chevelu, soit enfin sur ces deux régions, et dans différens points du corps à la fois.

A la face, la maladie débute ordinairement sur le front et sur les joues, par de petites pustules groupées sur une surface enflammée et plus ou moins étendue; de vives démangeaisons accompagnent leur apparition; elles s'ouvrent bientôt, soit spontanément, soit par l'action des ongles; il s'en écoule un fluide visqueux, jaunâtre, qui forme des croûtes minces, molles et d'un jaune verdâtre; le suintement continue; de nouvelles croûtes se forment; les premiers augmentent d'épaisseur, et l'on en trouve dans un point, qui sont épaisses, molles et arrondies, tandis qu'elles sont minces et lamelleuses dans d'autres. Quand elles se détachent, elles laissent une surface rouge, très-enflammée, sur laquelle il se forme des croûtes nouvelles: le suintement est quelquefois si abondant que le fluide ne se concrète point, que la surface du derme se trouve pour ainsi dire à nu, et que l'on en voit s'écouler,

par une multitude de petits points, un fluide visqueux, peu épais et âcre.

Quand la maladie offre une certaine étendue, les démangeaisons et les douleurs même sont souvent très-vives; quand elle occupe le front, les joues et le menton, toutes ces parties se recouvrent d'une large croûte épaisse, semblable à un masque; le nez seul et les paupières en paraissent exempts le plus souvent.

Dans d'autres cas, les pustules sont plus volumineuses; elles se développent derrière les oreilles, autour de la bouche, sur le menton, et donnent bientôt lieu à la formation de croûtes épaisses d'un jaune verdâtre. Dans quelques circonstances on voit ainsi toute la bouche entourée de larges et épaisses incrustations jaunes, et qui sont d'un brun foncé dans certains endroits où il se trouve un peu de sang mêlé au fluide desséché; dans ces cas, les mouvemens des lèvres sont singulièrement gênés; d'autres fois c'est derrière les oreilles que ces larges incrustations se forment. Ces croûtes exhalent une odeur nauséabonde; très-souvent les ganglions lymphatiques voisins s'enflamment, et peuvent même supparer; quelquefois les paupières sont le siége d'une inflammation chronique: il y a souvent coryza et écoulement abondant de mucus par les fosses nasales.

Lorsque la maladie tend à la guérison, le suintement diminue, les croûtes se reforment plus lentement, elles deviennent plus minces, plus blanches, la surface sur laquelle elle repose est de moins en moins rouge, bientôt elles sont remplacées par une desquammation légère, qui elle-même ne tarde pas à cesser, et l'on n'observe plus qu'une petite teinte rosée sur les points qui étaient le siége de l'éruption, et qui se dissipe peu à peu. C'est ainsi que se termine cette variété le plus ordinairement; quelque-

fois, cependant, il s'établit des fissures, des crevasses, et dans quelques cas enfin, au moment où tout semblait terminé, une nouvelle éruption se développe spontanément, et la maladie recommence : il n'en résulte jamais de cicatrices, et si l'on en a observé quelquefois, elles étaient évidemment le résultat d'une altération plus profonde, déterminée par l'action des ongles des enfans, qui, si l'on y fait attention, se grattent quelquefois au point de faire ruisseler le sang sur toutes les parties de la figure.

Lorsque cette affection occupe le *cuir chevelu*, les pustules sont assez rapprochées ; elles sont d'un blanc jaunâtre ; elles occupent tantôt la partie postérieure de la tête seulement ; tantôt tous les points qui sont couverts de cheveux en sont atteints ; et quelquefois ces pustules sont très-petites et entremêlées de vésicules, dont la plupart deviennent pustuleuses, tandis que les autres deviennent transparentes : elles sont accompagnées de démangeaisons assez vive ; bientôt elles s'ouvrent, et le plus souvent elles sont déchirées ; elles laissent écouler un fluide visqueux, épais, et qui colle les cheveux ensemble, et en se desséchant forment des croûtes irrégulières d'un brun jaunâtre. Tantôt ces croûtes sont éparses, tantôt elles sont confondues et recouvrent une plus ou moins grande surface ; le suintement persiste, et si les cheveux sont longs et que l'on néglige les soins de propreté, une partie plus ou moins considérable du cuir chevelu se recouvre à la fin d'une croûte très-épaisse, brunâtre, qui se dessèche, et se brise quelquefois en petites portions friables. Lorsque ces incrustations sont épaisses et étendues, que le malade, malpropre, a la tête entourée de linges, qui, imprégnés de ce fluide, y séjournent des mois entiers, il s'en exhale, lorsqu'on les retire, une odeur fétide et re-

poussante; dans ces cas, on trouve encore des myriades de pous qui augmentent le prurit de l'inflammation.

Dans les cas contraires, lorsque les croûtes sont enlevées avec soin, au moyen de lotions émollientes, on trouve une surface peu enflammée, qui offre des excoriations légères, et d'où suinte, par une multitude de points, un fluide visqueux d'une odeur fade; quelquefois le tissu cellulaire sous-cutané s'enflamme dans quelques points qui forment souvent de petits foyers purulens, circonscrits, qui se terminent rarement par résolution et que l'on est souvent obligé d'ouvrir.

Lorsque la maladie dure depuis long-temps, que les croûtes abandonnées à elles-mêmes sont restées des mois entiers sans qu'on ait cherché à les détacher, les cheveux tombent quelquefois dans une étendue plus ou moins grande; mais cette alopécie, bien différente de celle qui suit constamment le *porrigo favosa* et *scutulata*, n'est qu'accidentelle et momentanée: les bulbes ne sont point détruits, mais enflammés; aussi les cheveux ne tardent-ils pas à repousser, et avec tous les caractères que présentent ceux qui recouvrent des surfaces qui n'ont point été le siége de l'éruption.

Non-seulement le cuir chevelu, le front, les régions mastoïdiennes et toute la face peuvent être plus ou moins affectées à la fois, mais encore la maladie peut s'étendre sur le tronc et même sur les membres; les pustules semblent être dans ce cas plus petites, moins confluentes, les croûtes qui leur succèdent moins épaisses, et c'est alors que la maladie présente tous les caractères de l'*impétigo*.

La durée de cette maladie est très-variable, en général assez opiniâtre; elle persiste le plus souvent des mois entiers.

Causes. L'impetigo larvalis n'est contagieux dans aucun

cas, on l'observe surtout chez les jeunes enfans : il se manisfeste à l'époque de la première et de la seconde dentition. Les causes sont, dans la plupart des cas, très-difficilement appréciables; s'il se développe chez les enfans mal nourris et débiles, on l'observe aussi fréquemment chez les enfans forts, très-bien portans. Le défaut de soins de propreté peut surtout avoir quelque influence sur son apparition : cette maladie affecte assez souvent les adultes.

Diagnostic. Les caractères indiqués plus haut qui appartiennent au *porrigo favosa* et au *porrigo scutulata* sont certainement assez tranchés pour empêcher qu'on ne les confonde jamais avec l'impetigo larvalis.

Il est encore plus difficile de distinguer l'impetigo larvalis des autres variétés du même genre, ou d'autres éruptions de même nature, telles que l'*eczema impetiginodes* : mêmes élémens, mêmes développemens, même forme des croûtes; seulement le siége à la face et au cuir chevelu et l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation pourraient faire admettre quelque légère différence.

Le *porrigo favosa* de Willan, d'après un passage de Bateman lui-même, n'est qu'un *impetigo figurata*; et M. Burns de Glascow, dans un ouvrage sur les maladies des enfans, décrit, comme une maladie identique, celles qui sont connues sous les noms de *croûte laiteuse*, de *tinea muciflua* ou *teigne muqueuse*, de *porrigo larvalis* et de *porrigo favosa*, mais offrant des variétés suivant l'intensité de l'inflammation. Nous le répétons, il est impossible d'établir des caractères distinctifs entre cette maladie et l'*impetigo* ou l'*eczema impetiginodes*.

Pronostic. Ordinairement, la santé générale n'est point troublée par cette affection; dans quelques cas, cependant, il survient des irritations gastro-intestinales, de la diarrhée : les enfans maigrissent.

En général, le prognostic de l'impetigo larvalis n'est point grave, et cette éruption n'est fâcheuse qu'autant qu'elle est accompagnée ou suivie de quelque affection de viscères plus ou moins importans. Si la maladie durait depuis long-temps, si elle donnait lieu à un suintement très-abondant, elle serait d'autant plus fâcheuse qu'elle se serait développée chez un enfant plus jeune, plus grêle, plus chétif, et placé dans des conditions moins favorables aux soins qu'elle réclame.

Traitement. Dans la plupart des cas, des lotions d'eau tiède, de lait ou d'eau de guimauve, qui réunissent le double avantage d'empêcher les croûtes de s'amonceler et de calmer l'intensité de l'inflammation, constituent tout le traitement; et chez les petits enfans à la mamelle, la meilleure médication à suivre est de conseiller à la nourrice de faire jaillir du lait de son sein, et d'en arroser les surfaces malades. Lorsqu'il existe beaucoup de démangeaison, que l'irritation est vive, il est bon d'avoir recours à des bains entiers tièdes et émolliens. Enfin, il sera souvent utile de faire changer le lait de l'enfant, si cela est possible, ou au moins de lui donner moins à téter et de lui faire prendre un peu d'eau de gruau ou d'eau d'orge.

Quant aux émissions sanguines, on ne les emploiera guère que chez les enfans déjà un peu âgés, de deux ou trois ans par exemple, et quand il y aura beaucoup d'inflammation : une saignée locale faite en appliquant deux sangsues derrière chaque oreille remplira le but proposé.

Pour les jeunes gens et les adultes, le traitement est analogue; seulement si le cuir chevelu et la face étaient le siége d'une irritation très-vive, on pratiquerait une saignée générale, et les sangsues, soit derrière les oreilles, soit aux apophyses mastoïdes, seraient appliquées en plus grand nombre.

On aura soin de couper les cheveux très-courts quand la maladie occupe le cuir chevelu, et l'on appliquera des cataplasmes émolliens de mie de pain et de lait, ou de fécule de pommes de terre et d'eau de guimauve, en ayant soin de les renouveler fréquemment.

Lorsque l'éruption dure depuis quelque temps, qu'elle est assez étendue, il devient nécessaire de modifier l'état de la peau, et pour cela des lotions sulfuro-alcalines dans la proportion d'un gros de *sulfure de potasse* et deux gros de *sous-carbonate de potasse* ou de *soude* dans une livre d'eau, peuvent produire de très-bons effets. Ces lotions et des onctions légères doivent être faites deux ou trois fois par jour.

De légers laxatifs sont quelquefois avantageux : c'est ainsi que l'on peut employer avec succès le sirop de chicorée chez les plus jeunes enfans; chez ceux qui sont plus âgés, chez les jeunes gens et les adultes, le calomel à la dose de deux ou quatre grains par jour, le sulfate de soude à la dose de deux gros, ou d'une demi-once dans une pinte d'eau d'orge, etc., ont quelquefois amené une prompte amélioration.

Les douches sulfureuses peuvent devenir utiles, et quand la maladie occupe le tronc ou les membres, et qu'elle montre quelque opiniâtreté, on peut faire prendre quelques bains sulfureux alternés avec des bains tièdes émolliens.

Enfin, on a conseillé des exutoires, l'application de vésicatoires aux bras; mais leur emploi ajoute constamment à l'irritation de la peau.

Dans quelques cas rares, l'apparition de l'impétigo larvalis a paru établir une dérivation utile, sous l'influence de laquelle on a vu s'amender des affections plus graves. Dans ces circonstances, et surtout quand l'abondance du suintement paraît coïncider plus ou moins avec la dispa-

rition de la maladie première, ce n'est qu'avec la plus grande prudence qu'il faut procéder au traitement; et souvent il est utile de s'en tenir, pendant un temps plus ou moins long, à de simples palliatifs et aux soins de propreté.

IMPETIGO GRANULATA.

(Galons.)

L'*impétigo granulata* est caractérisé par la présence au milieu des cheveux de petites croûtes séparées, grisâtres, d'une figure très-irrégulière et très-inégale; ces croûtes ressemblent à ces débris que l'on remarque quelque fois sur ces incrustations épaisses du *porrigo scutulata*, et mieux encore à certains états de l'*impetigo larvolis*, dont l'*impetigo granulata* ne semble être qu'une variété. Elles succèdent à de petites pustules, le plus souvent irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu.

On l'observe surtout chez les enfans et les jeunes gens; mais on le rencontre aussi chez les adultes. Il occupe le plus ordinairement la partie postérieure du cuir chevelu; mais il peut l'envahir tout entier.

Symptômes. L'impetigo granulata se manifeste d'abord par des pustules d'un blanc jaunâtre, accompagnées d'une inflammation assez vive, et de beaucoup de démangeaison : elles sont traversées à leur centre par un cheveu, et s'ouvrent dans l'espace de deux à quatre jours; il se fait alors un suintement assez abondant à la surface malade. Bientôt il se forme des croûtes brunâtres, rugueuses, qui souvent agglutinent plusieurs cheveux ensemble. Ce sont ces croûtes qui, en se desséchant, forment au bout d'un certain temps les caractères qui constituent cette variété.

Elles deviennent dures, bosselées, inégales, elles prennent une couleur brune, ou d'un gris foncé. De petites granulations inégales, sèches, friables, irrégulières, se détachent, et restent éparses çà et là dans les cheveux, qui en sont comme hérissés.

Les cheveux ne sont jamais détruits, seulement, lorsque la maladie est étendue, ils se trouvent réunis en groupes par une agglomération de croûtes. Il s'exhale en même temps, de la tête, une odeur fort désagréable, nauséabonde: cette odeur est quelquefois telle chez des individus d'une saleté extrême, que les endroits dans lesquels ils se trouvent, en sont infectés; ceci du reste n'est qu'accidentel; dans ces cas, des poux pullulent en grande quantité au milieu de ces croûtes et dans les cheveux. Cette odeur n'existe jamais chez les malades qui ont recours aux soins de propreté; les croûtes mêmes alors, la plupart du temps, ne présentent plus leurs caractères distinctifs, et ressemblent entièrement à celles de l'impétigo.

La durée de l'impetigo granulata est très-variable, elle dépasse rarement quelques mois. Abandonnée à elle-même, cette éruption pourrait persister plus long-temps; mais le plus souvent, quand on a recours à un traitement convenable, quelquefois seulement aux soins de propreté, elle cesse au bout de quelques semaines.

Causes. L'impetigo granulata n'est pas contagieux. La misère, la malpropreté, les privations de toute espèce, des habitations malsaines sont autant de causes qui semblent avoir quelque influence sur son développement. Cette variété est peu fréquente, ce qui s'explique facilement par le peu de stabilité de ses caractères, qui reposent sur un état particulier d'une éruption impétigineuse parvenue à une certaine période.

Diagnostic. Le diagnostic de cette affection ne présente

aucune difficulté lorsqu'elle offre ses croûtes rugueuses, brunes, ou d'un gris obscur, ressemblant par leur forme à de petits morceaux de plâtre salis. Cependant il est certains cas où le porrigo scutulata présente une foule de granulations analogues, et même beaucoup de descriptions d'impetigo granulata se rapportent évidemment au *porrigo scutulata*. Toutefois la première ne présente jamais ces larges incrustations épaisses et continues que l'on remarque dans le porrigo parvenu à cet état. D'ailleurs, si l'on fait tomber les croûtes, la forme circulaire des plaques, et la nature des pustules de cette dernière maladie, suffiront bien pour la distinguer. L'impetigo granulata enfin n'est jamais contagieux, et ne détruit pas le bulbe des cheveux. Quant au *porrigo favosa*, indépendamment des autres caractères, il suffira de la couleur de ses croûtes et de leur dépression en godets pour empêcher la moindre erreur.

Il serait plus difficile de distinguer l'impetigo granulata à son début, de l'impetigo larvalis, et des autres variétés de ce genre. En effet, ce sont les mêmes pustules, les mêmes croûtes, etc. Quant à l'apparence particulière que celle de l'impetigo granulata offrent quand elles sont desséchées, on pourrait la regarder comme accidentelle.

Prognostic. Cette maladie est en général peu grave; quelquefois elle est assez rebelle, quoique, le plus ordinairement, beaucoup moins que les autres variétés.

Traitement. Enlever les croûtes, couper les cheveux et mettre à nu les surfaces malades, sont les premières indications à remplir, et il ne faut jamais les oublier, même dans le cours du traitement, quel qu'il soit.

Des lotions et des applications émollientes sont les seuls moyens qu'il soit convenable de mettre en usage dans les

commencemens, en même temps que l'on fait prendre au malade des boissons délayantes et rendues laxatives par l'addition d'une demi-once de *sulfate de potasse*, ou de *magnésie* par pinte, ou de deux gros à une demi-once de *sulfate de soude*, etc. Il est souvent nécessaire de s'en tenir pendant long-temps aux applications émollientes; mais plus tard, quand l'inflammation du cuir chevelu est peu intense, il faut avoir recours aux préparations alcalines, à l'aide desquelles on obtient souvent beaucoup de succès.

Les lotions, les douches sulfureuses, etc., tiennent aussi une place avantageuse dans le traitement, qui du reste est à cette époque tout-à-fait analogue à celui de l'impetigo larvalis, où nous avons indiqué plus au long les moyens qu'il convient d'employer pour changer le mode de vitalité de la peau.

ACNÉ (1).

(Couperose. — *Gutta rosea.*)

Le mot *acné*, de ἄκνη ou ἄκμη, a été donné à cette maladie, parce qu'elle affecte souvent des jeunes gens des deux sexes à l'époque de la puberté. Aétius et plus tard Sauvages ont employé les premiers cette dénomination, qui a aussi été appliquée à cette affection par Willan, et admise par M. Biett.

On désigne par le mot *acné* une affection pustuleuse chronique, caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la base plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent après la disparition de la pustule,

(1) Voyez la planche (n° 4. G).

une petite tumeur dure, rouge, circonscrite, presque indolente, et dont la résolution ne s'opère que lentement, et qui paraît avoir son siége dans les follicules sébacés de la peau.

C'est souvent depuis la puberté jusqu'à l'âge de trente-cinq à quarante ans, que l'on observe cette maladie; mais en général elle est plus intense chez les jeunes gens. Les deux sexes y sont également sujets.

Les pustules de l'*acné* se montrent ordinairement à la face, et en particulier sur la région des masseters et des tempes, à la partie interne des joues, sur le nez et sur le front; on les observe aussi sur le col, sur les épaules et à la partie antérieure de la poitrine; mais le siége le plus fréquent peut-être, est la partie postérieure et supérieure du tronc; dans quelques cas, tout le dos en est parsemé. L'*acné* existe dans cette région chez une foule d'individus dont le visage en est entièrement libre, tandis qu'au contraire, quand elle existe à la face, il est rare que l'on ne la retrouve pas aussi en même temps sur le dos. Jamais les membres n'en sont affectés, si ce n'est dans les cas d'*acné* qui occupe toute la partie postérieure du tronc, et alors il existe quelques pustules le long de la face postérieure des bras.

Willan a admis trois variétés de l'*acné*, qui présentent en effet des différences notables; cependant il est impossible de tirer entre elles des lignes de démarcation bien tranchées; car le même individu peut les offrir simultanément, ou en être affecté à différentes époques; ce sont l'*acne simplex*, l'*acne indurata*, et l'*acne rosacea*. Quant à l'*acne punctata*, admis comme variété distincte par le même auteur, elle n'est autre chose qu'une complication qui peut exister dans les deux premières, et qui consiste dans une accumulation morbide de matière sébacée dans



les follicules qui sécrètent cette substance. L'ouverture de ces follicules offre un point noirâtre, et leur ensemble donne à la maladie une physionomie particulière.

M. Biett a décrit une quatrième variété bien remarquable, sous le nom d'*acne sebacea*.

L'*acné* a été regardée à tort par Willan et Bateman comme une affection tuberculeuse. En effet, les indurations circonscrites de la peau, qui ont reçu le nom de tubercules, et que l'on observe si souvent dans cette maladie, ne sont qu'une terminaison des pustules, et ne constituent point la lésion élémentaire.

Les pustules de l'*acné* paraissent être le résultat de l'inflammation des follicules sébacés, inflammation qui serait produite et entretenue par l'accumulation de la matière sécrétée par ces follicules.

A. L'*acne simplex* affecte surtout les jeunes gens vers l'époque de la puberté : elle se développe sur la région où poussent les favoris, ou bien au front; on l'observe souvent chez les jeunes filles lors de la première apparition des règles. Une foule d'individus jeunes et robustes jouissent d'une parfaite santé tout en offrant aux épaules et à la partie supérieure du thorax cette éruption plus ou moins étendue. Les pustules apparaissent ordinairement les unes après les autres, sous la forme de petits points enflammés, qui deviennent bientôt pustuleux; mais leur base est généralement entourée d'une auréole rouge; elles suivent leur marche isolément, sans aucun symptôme général, et même le plus souvent sans douleur, sans la moindre chaleur locale. Il n'est pas rare de voir des individus être atteints d'une éruption considérable de pustules d'*acne simplex* sur le dos, sans se douter de leur existence. Quelquefois, comme on l'observe souvent au front chez les jeunes filles, les pustules semblent se développer simul-



tanément et en nombre variable; dans quelques cas toute la face en est recouverte. En général, lorsqu'il en existe un certain nombre, la peau paraît huileuse et luisante; le travail de la suppuration est lent : elle ne s'établit souvent qu'au bout de huit jours, quelquefois plus tôt; le pus est en petite quantité : il se forme une très-légère croûte qui tombe promptement, et quelquefois est à peine perceptible; d'autres fois la suppuration est plus abondante, ce qui a lieu surtout au dos; la croûte est alors plus épaisse, mais elle se détache bientôt par le frottement des vètemens. Même lorsque les pustules sont rapprochées, jamais elles ne se recouvrent de croûtes épaisses, comme les pustules de la *mentagre* dans quelques circonstances. La suppuration terminée et la croûte tombée, il reste un point rouge un peu élevé, qui disparaît peu à peu : d'autres fois la rougeur et la tuméfaction persistent; et si cela a lieu pour un certain nombre, en même temps que d'autres pustules se développent, la maladie se rapproche alors plus ou moins de l'acne indurata, et peut même en offrir tous les caractères.

Les pustules de l'acne simplex sont souvent entremêlées de petits points noirâtres plus ou moins saillans, formés par l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau (*acne punctata*).

B. Dans l'*acne indurata*, l'inflammation a lieu dans toute l'étendue des follicules. La suppuration s'établit plus lentement encore, et après elle, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané offrent des indurations partielles plus ou moins étendues.

Ainsi, quelquefois 4 ou 5 follicules enflammés se réunissent, et forment une tumeur, quelquefois de la grosseur d'une aveline.

Cette variété affecte en général la face; mais on l'observe

aussi très-fréquemment à la partie postérieure du thorax, et nous avons vu plusieurs cas à l'hôpital Saint-Louis, dans lesquels elle occupait toute la partie postérieure du tronc. On la rencontre surtout chez les jeunes gens, mais il est toujours difficile d'en apprécier la cause : fréquemment on voit les individus qui en sont affectés, être forts, robustes et jouir d'une parfaite santé : d'autres fois on la retrouve chez des jeunes gens adonnés à l'onanisme, ou bien chez des personnes qui sont sujettes à des irritations abdominales. Quelques professions semblent y *prédisposer* : telles sont celles qui obligent à tenir la tête basse et rapprochée d'un fourneau.

Cette variété peut être fort légère : quelques points d'inflammation apparaissent aux tempes, sur la région des masseters; une pustule s'élève lentement, et la suppuration ne s'établit que dans l'espace de deux ou trois semaines, ou bien même, quoique rarement, n'a pas lieu. D'autres pustules se forment, elles suppurent; la peau qui en constitue la base, reste dure, rouge, et le tissu cellulaire sous-cutané concourt à former une sorte de tubercule ou d'induration chronique. Il peut ainsi s'en développer un nombre limité, et l'affection se borne là.

Mais dans d'autres cas, la maladie est beaucoup plus intense, et les traits du visage sont entièrement bouleversés. On trouve alors la face parsemée de tubercules d'un rouge livide; ils sont surtout nombreux le long des branches de la mâchoire inférieure, sur les tempes, à la partie interne des joues et sur le nez; une foule de pustules, soit naissantes, soit à l'état de suppuration, occupent les intervalles de ces tubercules, et sont disséminées sur les autres parties du visage; ailleurs on trouve des taches rouges, et çà et là des croûtes légères. La peau de la face paraît rouge partout, mais cette rougeur est

plus ou moins vive suivant les régions. Souvent, au lieu de tous ces symptômes, une multitude de points noirs, résultant de l'accumulation de l'humeur sébacée dans les follicules, occupe le nez, les joues, les régions massétériennes, en un mot, tous les intervalles qui existent entre les pustules et les tubercules. La peau est alors luisante et huileuse, le tissu cellulaire sous-jacent est comme hypertrophié, et la difformité est portée au plus haut point. Cependant la santé générale peut rester bonne, et le malade vaquer à toutes ses occupations. Quelquefois il se plaint de céphalalgie et d'une chaleur incommode au visage.

Lorsque l'acné indurata occupe le dos, elle peut être légère, ou bien présenter tous les symptômes que nous venons d'indiquer, sans que le visage soit affecté en aucune façon. Dans ces cas, comme lorsqu'elle occupe la face, la durée de la maladie est très-longue, et il est toujours impossible de la préciser. Que la disparition ait lieu naturellement, ou à la suite d'un traitement approprié, elle ne s'effectue qu'avec une extrême lenteur, et les malades restent toujours très-disposés à être de nouveau atteints de cette affection.

Les pustules de l'acne indurata laissent souvent après elles des traces indélébiles, et il n'est pas rare de trouver des individus dont le dos est parsemé de cicatrices qui sont les restes d'anciennes éruptions de cette nature, plus ou moins répétées, et qui présentent un caracère particulier; elles sont oblongues.

C. La troisième variété, ou l'*acne rosacea*, diffère des précédentes en ce qu'on l'observe en général dans l'âge mûr, et qu'elle est accompagnée d'une rougeur érythémateuse de la peau du visage, plus ou moins prononcée.

C'est cette variété de l'*acné* qui est nommée *couperose* par

les gens du monde. Elle affecte souvent les femmes à l'époque critique, ceux qui s'adonnent à la boisson, à la bonne chère, ceux qui se livrent avec excès aux travaux de cabinet. Elle résulte fréquemment d'une disposition héréditaire ; on l'observe surtout chez les individus pléthoriques qui sont sujets aux hémorrhoïdes.

Chez les jeunes gens qui semblent avoir une prédisposition héréditaire à cette affection, on observe souvent, soit après une exposition prolongée au soleil, soit après un violent exercice ou des excès quelconques, des taches rouges, irrégulièrement circonscrites, situées au visage, et qui occupent tantôt les joues, tantôt le nez et même toute la face, qui offre alors un aspect particulier ; mais cette teinte rouge foncée n'est que passagère ; quelquefois il se développe en même temps plusieurs pustules éparses.

Chez les personnes d'un âge mûr, c'est ordinairement au nez que la maladie débute. L'extrémité de cette partie devient d'un rouge violacé, après un léger excès de régime, quelquefois même après un repas ordinaire et fort simple. Peu à peu cette rougeur du nez devient habituelle et donne à la physionomie un aspect particulier. Quelques pustules s'y développent çà et là ; mais la suppuration ne s'établit pas ou ne s'établit qu'incomplètement, et dans ces points, la rougeur devient plus vive. Quelquefois la maladie se borne au nez ; qui acquiert, dans un certain espace de temps, un volume considérable. Les veinules de la peau deviennent variqueuses : elles forment des lignes bleuâtres irrégulièrement dispersées, qui tranchent avec la couleur rouge ou violacée de la surface malade ; mais le plus souvent cette augmentation de volume du nez n'a pas lieu ; sa forme est seulement altérée ; la maladie s'étend sur les joues, sur le front, le menton, et enfin envahit tout le visage ; la teinte rouge n'est pas également prononcée partout ; elle

l'est davantage dans les points où se trouvent des pustules; la suppuration ne s'y établit jamais d'une manière franche: il reste toujours une sorte d'induration, et la peau conserve une injection plus prononcée. Lorsque la maladie dure depuis quelque temps, la peau du visage devient inégale, rugueuse : et même, si la maladie vient à disparaître, elle ne reprend jamais entièrement son état naturel.

L'*acne rosacea* est assez souvent liée à une affection chronique de l'appareil gastro-intestinal. La rougeur est en général plus marquée le soir, et après le dîner, que dans la matinée. Enfin la maladie peut cesser et revenir sur le même individu, en offrant chaque fois des différences dans son intensité. Les pustules sont assez nombreuses, et la couleur jaune de leur sommet tranche d'une manière remarquable sur la teinte rouge violacée de la peau. Dans tous les cas, les traits du visage sont plus ou moins altérés, et quelquefois l'aspect du malade est repoussant.

Causes. Nous avons indiqué, en parlant de chaque espèce, les causes qui semblent exercer le plus d'influence sur leur développement; tels sont les excès de table, certaines professions qui exigent que la tête soit penchée, et surtout lorsqu'elle est en même temps exposée à une forte chaleur; des affections morales vives, des boissons froides, quelques applications locales, quelques cosmétiques, des lotions irritantes, etc. L'*acne rosacea* paraît être plus particulière à l'âge mûr. Elle est souvent liée à une affection chronique de la muqueuse, soit gastrique, soit intestinale, et, dans quelques cas, à une altération organique du foie. En général, tout ce qui tend à gêner la circulation ou à appeler trop fortement le sang vers la tête, est une cause du développement de cette affection chez les individus qui y sont prédisposés.

D. Une quatrième variété a été observée depuis long-temps par M. Biett, qui l'a rattachée dernièrement au genre acné, en la désignant sous le nom d'*Acne sebacea.*

La phlegmasie des follicules présente des nuances, depuis une simple excitation, jusqu'à une inflammation plus intense, qui donne lieu à une altération notable, de même qu'à une abondance extraordinaire du fluide sécrété.

Le plus ordinairement ce sont les follicules de la face qui sont plus spécialement affectés; cependant dans plusieurs cas la maladie est plus générale, et est étendue à tous les follicules de l'enveloppe tégumentaire.

Lorsque les follicules sont atteints, sur une surface peu étendue, ils éprouvent d'abord une excitation légère qui ne donne lieu à aucun changement de couleur à la peau : seulement celle-ci devient comme huileuse sur les points affectés : bientôt l'excitation augmente, de même que la sécrétion qui en est la suite; le liquide versé sur la surface cutanée y séjourne, prend une sorte de consistance, et par une accumulation successive, finit par former une sorte de couche squammeuse plus ou moins étendue. Dans les premiers jours cette couche est molle, peu adhérente, elle est facilement enlevée : mais elle acquiert bientôt plus de consistance, et on ne peut la détacher qu'en produisant une sorte de douleur. Sous cette enveloppe accidentelle la peau est plus rouge, plus animée : les ouvertures des canaux folliculaires, examinés à la loupe, paraissent dilatées, et quelquefois obstruées par le fluide sébacé solidifié. Quelquefois cette couche se détache spontanément, surtout pendant l'été, lorsque le système dermoïde est fréquemment humecté par une sueur copieuse : d'autres fois elle s'établit d'une manière permanente pendant des mois entiers, surtout lorsqu'elle a le nez pour siége; c'est lorsque ces couches existent depuis long-temps,

qu'elles prennent une couleur noirâtre, qui donne bientôt un aspect très-singulier, et qui a pu expliquer les méprises que quelques praticiens peu attentifs ont pu commettre.

Cette phlegmasie des follicules s'étend rarement aux tissus de l'enveloppe tégumentaire; c'est-à-dire qu'on ne voit presque jamais avec elle, même dans les cas les plus graves, quelques unes des lésions élémentaires que nous avons déjà signalées : cependant l'inflammation des follicules peut être portée au point de donner au fluide sécrété une altération qui se rapproche du liquide séro-purulent des vésicules de l'*eczema*. Nous avons vu dans les salles de M. Biett plusieurs individus dont le front était couvert d'une couche sébacée qui participait jusqu'à un certain point des croûtes squammeuses de l'eczema impétiginodes. La peau se présentait évidemment sous les mêmes apparences que dans les simples inflammations des follicules. La durée de cette phlegmasie folliculaire est variable : nous l'avons vue dans plusieurs circonstances se modifier en quelques semaines, et d'autres fois se prolonger des années entières.

Causes. Elle a été particulièrement observée dans la jeunesse et l'âge adulte, jamais dans l'enfance ni dans la vieillesse : les individus d'un tempérament sanguin ou lymphatique y paraissent plus disposés, ou du moins on ne l'a guère vue jusqu'à présent que chez ceux dont la peau était blanche, fine, et naturellement onctueuse. Elle s'est manifestée plusieurs fois chez des femmes jeunes et lymphatiques, à la suite de couches. M. Biett a gardé long-temps dans ses salles une femme de la campagne, âgée de 28 ans, chez laquelle les follicules s'étaient enflammés sur toute l'étendue de l'enveloppe dermoïde, et avaient donné lieu à une couche épaisse et permanente : cette

jeune femme avait éprouvé en même temps une affection rhumatismale de toutes les articulations. Dans quelques cas, certaines conditions atmosphériques peuvent contribuer au développement de l'inflammation des follicules. C'est ainsi que chez un négociant de Nantes, que M. Biett a eu occasion d'observer, les follicules de toute la face s'enflammèrent rapidement sous l'influence d'un vent du nord très-vif, auquel il avait été exposé pendant plusieurs heures. Le visage éprouva une sorte de tension assez marquée pendant deux jours, puis la peau se couvrit d'une sécrétion onctueuse abondante, qui ne tarda pas à se transformer en une couche épaisse, adhérente, brunâtre, et couvrant comme un masque toute la partie supérieure de la face. Jusqu'à présent on n'a point de connaissances précises sur les influences que le régime peut exercer sur le développement de cette irritation des follicules.

Diagnostic. — L'acné est ordinairement facile à reconnaître. L'*ecthyma*, les *pustules*, et dans quelques cas les *tubercules syphilitiques*, pourraient seuls être confondus avec cette éruption; mais les pustules d'acné sont petites, leur développement est lent, leur base reste long-temps dure, tandis que celles de l'*ecthyma* sont larges, superficielles, ne s'accompagnent jamais d'indurations chroniques, et forment des croûtes épaisses plus ou moins saillantes que l'on ne retrouve jamais dans l'acné.

L'aspect particulier des *pustules syphilitiques*, qui sont entourées d'une auréole cuivrée, la même teinte qu'offrent les tubercules, qui sont plus larges, luisans, aplatis, distingueront facilement la syphilide de l'acné; d'ailleurs il existe presque toujours dans la syphilis secondaire et constitutionnelle d'autres symptômes qui accompagnent cette maladie. Ainsi l'on trouve presque constamment des tubercu-

les syphilitiques ulcérés à leur sommet, surtout aux ailes du nez, à la commissure des lèvres, et souvent le pharynx et le voile du palais présentent des signes non équivoques de la maladie. Enfin les cicatrices de l'acné indurata pourraient être confondues peut-être avec de petites cicatrices syphilitiques, cependant dans l'acné, elles sont oblongues, et non pas rondes et déprimées, comme les cicatrices syphilitiques; elles sont en outre couronnées de follicules intumescens, mais non enflammés, et la peau présente autour une teinte huileuse.

On ne confondra jamais l'acné avec la *dartre rongeante*, lorsque celle-ci a déjà exercé ses ravages; cependant lorsque, dans son début, elle ne présente encore que quelques tubercules épars sur les joues ou sur le nez, on pourrait éprouver quelque difficulté à les distinguer de ceux de l'acné; mais alors il ne se forme pas de pustules comme dans l'acné, et les tubercules sont les premiers élémens de la maladie. Ils ne sont point entourés de cette teinte érythémateuse qui accompagne presque constamment l'acné fixé à cette partie; il ssont plus larges, d'une teinte rosée, aplatis; ils donnent lieu à une desquammation sensible, et sont accompagnés d'une espèce de boursoufflement sous-cutané.

Des praticiens inattentifs ont quelquefois pris l'acné sébacé, recouvrant une partie du nez, pour un *noli me tangere*, et ont gravement proposé des cautérisations profondes ou même l'excision. M. Biett a vu deux cas de ce genre, qui inspiraient aux malades les plus vives inquiétudes, et qui cependant se terminèrent au bout de quelques semaines, par un traitement très-simple.

Les follicules enflammés sont-ils nombreux, répandus sur une grande surface? la couche qui en résulte est-elle très-consistante, épaisse, noirâtre, divisée de manière à présenter l'aspect d'écailles imbriquées? il est possible de

confondre cette maladie avec quelques formes de l'icthyose : cependant cette méprise sera difficile si l'on se rappelle que dans l'icthyose les écailles sont implantées profondément dans le derme par un de leurs bords, qu'elles sont sèches, très-adhérentes, et que pour les détacher il faut en quelque sorte les arracher, ce qui n'a jamais lieu pour la couche sébacée. Toutefois nous avons dû mentionner ces différences, puisqu'il y a des exemples de cette méprise.

Prognostic. Le prognostic varie suivant telle ou telle variété. Ainsi l'*acne simplex* est souvent de peu de durée, et n'est accompagnée d'aucun inconvénient. L'*acne indurata* est beaucoup plus incommode, surtout lorsqu'elle est étendue, et offre une certaine intensité; elle est très-souvent rebelle à tous les moyens de traitement. Enfin l'*acne rosacea* est une affection que l'on vient rarement à bout de guérir. Du reste, le prognostic devra varier suivant l'ancienneté de la maladie, la constitution de l'individu, son âge, etc., etc.

Traitement. Le traitement de l'acné offre des différences notables, non-seulement suivant la variété que l'on est appelé à combattre, mais suivant ses causes, l'état de la constitution du sujet et l'ancienneté de la maladie.

Lorsque les pustules sont peu nombreuses dans l'*acne simplex*, elles méritent à peine attention; mais quand l'éruption est abondante, il faut avoir recours à divers moyens généraux et locaux. Ainsi un régime adoucissant; pour boisson, du *petit lait* ou une *infusion de chicorée*, devront être conseillés au malade, en lui recommandant en outre de cesser l'usage du vin, des liqueurs, du café. On pratiquera une saignée si le sujet est jeune et vigoureux, surtout si la maladie affecte des jeunes personnes à l'époque de la première apparition des règles; et même

alors on cherchera à provoquer cette évacuation par des bains de siége, par l'application de sangsues à la partie supérieure et interne de chaque cuisse, ou en dirigeant une vapeur chaude sur les parties génitales; des lotions faites avec de l'eau de son, une émulsion d'amandes amères, le lait tiède ou une décoction de semences de coings, seconderont efficacement le traitement. Lorsqu'il reste des indurations chroniques, il faut mettre en usage les moyens propres à hâter leur résolution, et que nous indiquerons au traitement de la variété suivante.

Dans l'*acne indurata*, la saignée, soit locale, soit générale, est presque toujours utile, même chez des individus qui, au premier coup d'œil, ne paraissent pas d'une constitution robuste; on la répétera une ou plusieurs fois s'il y a lieu; on insistera aussi sur un régime adoucissant, et des boissons rafraîchissantes.

Mais ici il faut avoir recours à d'autres moyens pour hâter la résolution des tubercules, et imprimer à l'éruption chronique une marche plus aiguë. Ainsi on emploie des lotions faites avec l'eau distillée de roses rouges, de petite sauge, de lavande, dans laquelle on ajoute une proportion d'alcool qui doit varier selon l'état des pustules; elle sera d'un quart, d'un tiers, et même d'une moitié, si l'on cherche à déterminer un accroissement sensible de l'irritation. Une moyen, souvent très-utile dans ces cas, c'est une lotion avec légère dissolution de sublimé corrosif à la dose de cinq à six grains dans une demi-livre d'eau distillée, à laquelle on peut ajouter une once d'alcool rectifié. La liqueur de Gowland, tant employée à Londres dans cette affection, ne paraît être autre chose qu'une dissolution de cette préparation mercurielle avec addition d'une substance émulsive.

Un autre moyen fort avantageux encore consiste dans

des frictions faites, tant sur les pustules que sur les tubercules, avec un mélange de *protochlorure ammoniacal de mercure*, à la dose d'un scrupule jusqu'à un gros, avec une once d'axonge. L'addition de l'ammoniaque au calomel paraît être indispensable pour obtenir le résultat désiré.

Parmi les préparations, plus ou moins efficaces, pour hâter la résolution des tubercules de l'acné, une des plus utiles est, sans contredit, l'*iodure de soufre*, incorporé dans de l'axonge, à la dose de douze, quinze et même vingt-quatre grains par once. Depuis plusieurs années M. Biett l'emploie dans ses salles avec un succès réel dans une foule d'éruptions diverses, et, entre autres, nous avons vu des cas des plus graves d'*acne indurata* être soumis à des frictions d'iodure de soufre, et les tubercules se résoudre avec une promptitude surprenante.

Les bains, et surtout les douches de vapeur aqueuse, dirigées pendant douze à quinze minutes sur la face, peuvent seconder efficacement les autres moyens, qui, employés avec méthode, rendent en général tout-à-fait inutiles les cautérisations faites, soit avec le nitrate d'argent fondu, soit avec l'acide hydrochlorique. Il est d'ailleurs très-difficile de circonscrire dans les limites voulues l'action de ces caustiques, qui lorsqu'ils pénètrent trop profondément, donnent lieu à des ulcérations larges et douloureuses, et déterminent quelquefois des cicatrices profondes.

On peut, dans quelques circonstances, changer avec avantage le mode de vitalité de la peau par des applications successives de vésicatoires, surtout si l'éruption était bornée à un siége peu étendu. Nous avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, ce moyen couronné des plus heureux succès. Si pendant le traitement il survenait de nouvelles éruptions, si la congestion vers la tête était toujours marquée, on

n'hésiterait pas à avoir recours à une ou plusieurs évacuations sanguines, et en même temps, suivant l'état de l'éruption, on suspendrait ou l'on continuerait l'usage des résolutifs; on les suspendrait s'il y avait beaucoup d'inflammation, si les tubercules étaient douloureux et les pustules nombreuses; on les continuerait au contraire, si les tubercules étaient durs, volumineux, indolens.

Les *purgatifs* et les *drastiques* doivent être bannis du traitement de cette maladie; quelques laxatifs seulement pourront seconder, dans certains cas, l'action des autres moyens, surtout chez les individus forts et robustes dont le canal intestinal est à l'état normal, et chez lesquels il existe une congestion marquée vers la tête.

Les eaux minérales sulfureuses, surtout celles de Barèges, d'Enghien, de Cauterets, d'Aix en Savoie, etc., peuvent être employées avec avantage, soit à l'extérieur en lotions, soit à l'intérieur. En bains généraux, elles ont moins d'action, et les bains simples qui ne dépassent pas 26 ou 27 degrés, produisent un meilleur effet. Les malades devront en prendre deux ou trois par semaine.

Lorsque l'acné disparaît, des douches sulfureuses froides ont été souvent employées avec succès par M. Biett, surtout quand la maladie était compliquée de tannes, etc.

Le traitement de l'*acne rosacea* diffère en plusieurs points de celui des autres variétés. Ici les émissions sanguines doivent être le plus souvent locales. Ainsi il est souvent avantageux d'appliquer quelques sangsues près des parties qui sont le siége de la maladie, aux oreilles, aux ailes du nez; cependant quand l'éruption affecte les femmes à l'époque critique, on pourra, à l'aide des saignées, obtenir des succès marqués. Il faut se rappeler que cette variété de l'acné est très-rebelle; les topiques, dont l'emploi est si souvent utile dans les cas d'*acne indurata*;

sont beaucoup moins avantageux ici, et peuvent même devenir nuisibles.

Dans l'*acne rosacea* toute la médication consiste presque dans les moyens hygiéniques. L'éloignement de toutes les causes qui ont pu exercer de l'influence sur son développement, telles que des excès de table, des liqueurs spiritueuses, du vin, etc.; une vie sobre et régulière, un régime doux, habituellement composé de viandes blanches, de légumes frais, de fruits aqueux et fondans; le soin constant d'éviter les exercices fatigans, les travaux du cabinet, le séjour prolongé dans les lieux chauds, ou près du feu, les affections vives de l'âme, etc., sont les règles hygiéniques sur lesquelles on devra surtout compter.

On a recommandé l'immersion prolongée des jambes dans de l'eau chaude, à laquelle on ajoute deux onces d'acide nitro-muriatique pour huit à dix litres d'eau; ce moyen peut être employé comme un auxiliaire utile.

Enfin, dans les cas où il y aurait des tubercules bien indolens, on pourrait avoir recours à des douches de vapeur dirigées sur la face, et même on pourrait faire faire de légères frictions ou lotions résolutives.

Dans l'*acne sebacea* quand elle occupe une surface peu considérable, on peut espérer une modification plus facile et plus prompte que lorsque la phlegmasie est très-étendue. M. Biett a vu plusieurs fois des irritations folliculeuses de la face céder au bout de quelques semaines à l'emploi des douches de vapeur, dirigées pendant quinze à vingt minutes sur les parties malades. Sous l'influence de ce moyen efficace, la croûte sébacée se ramollisait promptement, et se détachait avec facilité: celle qui lui succédait était en général plus légère, moins consistante, et se détachait souvent d'elle-même. Quelques lotions avec des infusions narcotiques, et plus tard rendues styptiques par

l'addition du sulfate d'alumine ou de quelques acides végétaux, contribuaient encore à rétablir ces organes dans leur état naturel.

MENTAGRE.

(*Sycosis menti.*)

La *mentagre* est caractérisée par l'éruption successive de petites pustules acuminées, à peu près semblables à celles de l'acné, disséminées sur le menton, les régions sous-maxillaires et les parties latérales de la face.

La mentagre est essentiellement pustuleuse, et ce caractère est facile à reconnaître; il a cependant été méconnu par plusieurs pathologistes anglais, tels que Willan, Bateman, M. Plumbe, etc., qui regardent les tubercules comme les élémens primitifs, tandis qu'ils ne sont que consécutifs, qu'ils sont loin d'exister dans tous les cas, et qu'enfin c'est constamment par les pustules que la maladie débute.

Symptômes. La mentagre se développe surtout chez les adultes, bien qu'on l'observe quelquefois chez des hommes avancés en âge. Il est rare qu'avant de se déclarer d'une manière franche, elle n'ait pas été précédée, au moins pendant quelques mois, souvent pendant plusieurs années, par quelques petites éruptions partielles, passagères, soit sur la lèvre supérieure, soit sur le menton, soit dans la région sous-maxillaire; les pustules disparaissent promptement, et les croûtes qui les remplacent se dessèchent et tombent en quelques jours. Plus tard, les éruptions deviennent plus abondantes, et alors seulement les malades y font attention; elles ont lieu le plus souvent sous l'influence de quelque scauses occasionelles plus ou

surface interne de l'aorte est tantôt générale, et tantôt n'existe que par larges plaques.

Sur la peau on trouve des pustules en nombre variable, qui étaient violacées sur le vivant, et qui souvent son devenues pâles sur le cadavre; en examinant de dehors en dedans leur structure anatomique, surtout avant que le pus, en soulevant l'épiderme, ne leur ait fait perdre la forme ombiliquée, on observe les particularités suivantes :

1° L'épiderme conserve son épaisseur naturelle, et s'enlève avec facilité en laissant à découvert une surface blanchâtre, lisse, élevée sur les bords, déprimée au centre.

2° Un petit disque ombiliqué, plus ou moins épais, formé par une substance blanchâtre, ayant une certaine consistance, et qui paraît être une véritable exsudation couenneuse développée à la surface du derme enflammé, occupe la place assignée par les anatomistes au corps muqueux, et, dans les premiers temps, semble se continuer avec la couche qui se trouve placée immédiatement sous l'épiderme; mais plus tard on l'en sépare facilement. Ce petit corps tient surtout à la surface du derme par son centre, où il est plus mince, et où souvent il se déchire quand on cherche à l'enlever.

Quelle que soit la cause primitive de la forme ombiliquée de la pustule, il est évident que cette substance la conserve lorsque l'épiderme est soulevé par le pus; si à cette époque l'on examine avec un peu de soin, on la retrouve, comme nous l'avons déjà indiqué, au fond de la pustule, et elle offre encore la forme et le volume que cette dernière présentait avant que la suppuration n'en eût détaché l'épiderme. Les variétés que peut présenter cette matière couenneuse, quant à sa forme, son épaisseur, etc., dépendent, probablement, de l'intensité plus ou moins

grande de l'inflammation, dans le point où elle s'est développée.

Bien que cette substance soit contenue, dans le plus grand nombre des cas, dans les pustules varioliques, il existe cependant des cas où on ne la trouve pas; dans ces cas aussi, il est très-rare que la pustule soit ombiliquée.

3° Enfin, au-dessous de ce petit disque on trouve une rougeur plus ou moins vive à la surface du derme, et souvent une matière purulente.

Lorsqu'on examine les pustules, à une époque plus avancée, on y trouve une plus ou moins grande quantité de pus jaunâtre et épais.

Causes. La variole reconnaît pour cause, un principe contagieux, inconnu, qui se communique par le contact médiat et immédiat, et qui peut se transmettre à une certaine distance, par le moyen des vents. Aucun sexe, aucun âge, sans même excepter le fœtus, n'est exempt de cette affection, qui se développe dans toutes les saisons et dans tous les climats. Quelquefois sporadique, elle règne le plus souvent d'une manière épidémique, et, dans ce cas, elle exerce surtout ses ravages pendant l'été et l'automne.

Le principe contagieux qui développe la variole est loin d'exercer la même influence sur tous les individus : c'est ainsi que nous voyons quelques personnes privilégiées lui résister, même dans les circonstances les plus favorables à son action; mais ces cas sont rares, et le plus souvent ces individus finissent par contracter la maladie à une autre époque de la vie. En général, cette contagion n'exerce qu'une fois dans la vie son action sur l'économie; mais il est prouvé de la manière la plus évidente, par un grand nombre de faits, non-seulement qu'elle peut affecter la même personne une seconde fois, mais aussi qu'elle

peut développer la variole deux fois avec une grande intensité chez le même individu à deux époques différentes. On trouve dans les auteurs, et notamment dans l'ouvrage de M. Thomson (1), une foule d'observations fort curieuses et très-authentiques, qui prouvent positivement que le virus variolique peut développer plus d'une fois, chez le même individu, une variole franche. Parmi ces cas se trouve l'exemple d'une dame, qui, ayant eu la variole dans sa jeunesse, devint par la suite mère de six enfans, et fut affectée six fois de cette maladie, en allaitant ses enfans pendant qu'ils étaient soumis à l'influence de l'inoculation. Chaque fois la fièvre éruptive était peu intense, et l'éruption légère; mais cependant la marche des pustules était celle des pustules varioliques, et la cause de la maladie était évidemment la variole inoculée, dont était affecté l'enfant que la mère allaitait.

Lorque la cause spécifique de la variole exerce son influence sur des personnes vaccinées, elle développe presque toujours une maladie qui offre quelque chose de spécial, et qui a été désignée dans ces derniers temps sous le nom de *varioloïde*. Cette variété de la petite-vérole ne se développe pas seulement chez les personnes vaccinées, on l'observe aussi chez celles qui ont déjà eu la variole; mais il est bon de noter que cette maladie est plus souvent modifiée quand elle se développe après la vaccine, que dans les cas où elle se montre comme variole secondaire. Nous avons ici une nouvelle preuve que le pouvoir antivarioleux de la vaccine est plus grand que celui de la variole elle-même.

Comme il a été beaucoup question depuis quelques an-

(1) *Historical Scetches and Enquiries*, etc.

nées de la variole modifiée ou *varioloïde*, il nous semble convenable d'entrer ici dans quelques détails sur cette variété, qui diffère de la variole ordinaire par l'irrégularité extrême et la rapidité de sa marche, par son peu d'intensité dans la grande généralité des cas, et enfin par sa terminaison presque constamment heureuse. C'est surtout l'irrégularité et la rapidité de sa marche, jointes à l'absence de toute fièvre secondaire, qui caractérisent cette variété, qui cependant peut être, quelquefois, une affection plus grave qu'une variole ordinaire très-discrète; dans ce dernier cas, les pustules, quoique peu nombreuses, offrent les périodes accoutumées de la variole, ce qui n'a pas lieu pour la varioloïde.

Le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la vaccination, ou de la variole antérieure, ne paraît apporter aucune modification dans la marche de la variole modifiée. On la voit, en effet, se développer avec une certaine intensité chez des personnes très-bien vaccinées, depuis quelques semaines seulement, ou ne constituer qu'une maladie tout-à-fait insignifiante, vingt ans après; il en est de même de celle qui se montre après la variole; nous avons vu la varioloïde se développer chez des individus qui n'avaient jamais eu la petite-vérole, et qui avaient été vaccinés sans succès (1).

La même personne peut être affectée plusieurs fois de cette maladie, en s'exposant à différentes reprises à la contagion variolique. Le virus tiré des pustules de la variole modifiée, peut développer une variole ordinaire plus ou moins discrète, chez des personnes qui n'ont jamais eu cette maladie ou qui n'ont jamais été vaccinées; mais, le plus souvent, l'affection qui en résulte est elle-même fort lé-

(1) Un de nous en a rapporté un exemple remarquable, tiré de la clinique de M. Biett. (*Journal hebdomadaire*, tome I, p. 55. 1828.)

gère, et, dans un grand nombre de cas, l'inoculation n'a été suivie d'aucun signe d'infection générale.

Dans cette variété, les symptômes précurseurs de l'éruption peuvent exister à peine : ils sont, dans d'autres cas, très-intenses et fort alarmans, sans que pour cela l'éruption, qui leur succède, soit plus abondante. Ainsi souvent, après beaucoup de fièvre, accompagnée d'agitation et de délire violent, on voit une éruption fort légère de petites pustules, dont le nombre varie d'une à vingt, et dont l'apparition est suivie aussitôt de la cessation complète de tous ces symptômes alarmans : elles se dessèchent dans l'espace de quatre à cinq jours, en sorte qu'il n'est point nécessaire que le malade garde le lit. La durée des symptômes précurseurs est de deux ou trois jours au plus.

L'*éruption* peut être précédée de légères rougeurs érythémateuses, répandues irrégulièrement sur différentes parties du corps. Quelquefois, comme nous l'avons indiqué, elle existe à peine ; d'autres fois on peut compter depuis vingt jusqu'à plus de cent pustules sur les différentes parties du corps ; enfin, dans certains cas, l'éruption est beaucoup plus intense, et peut même couvrir la presque totalité du corps.

C'est ordinairement à la face que l'éruption commence; mais assez fréquemment elle se développe simultanément sur les différentes parties du corps ; quelquefois elle commence par les membres, et très-souvent elle apparaît d'une manière successive.

On observe d'abord des petits points rouges en nombre variable, qui forment autant de papules rouges, dures et élevées, mais qui ne suivent pas toutes la même marche. Un plus ou moins grand nombre disparaît sans se transformer, soit en vésicules, soit en pustules : d'autres

deviennent vésiculeuses ou pustuleuses dans les vingt-quatre heures, et cela sur le même individu.

Les vésicules sont petites, acuminées et remplies d'un fluide lactescent : elles se changent souvent en pustules ombiliquées; mais en général elles s'ouvrent ou se dessèchent dans l'espace de deux à trois jours, et sont remplacées par des écailles minces, arrondies, peu adhérentes. Quelquefois une auréole rouge entoure ces vésicules, et leur donne une certaine ressemblance avec celles de la vaccine. Les pustules se forment souvent dans les vingt-quatre heures; mais leur marche est d'autres fois plus lente. Elles sont petites, arrondies, et n'offrent jamais le volume des pustules de la variole ordinaire, même quand elles sont en grand nombre et plus ou moins rapprochées. Ces pustules ne sont jamais distendues par le pus; elles sont molles et flasques au toucher : elles semblent avoir été brusquement arrêtées dans leur marche. Tantôt elles sont acuminées, tantôt elles sont déprimées dans le centre, et, dans l'espace d'un à quatre jours, le fluide qu'elles renfermaient est résorbé, et il se forme soit des écailles minces, plates, arrondies, brunâtres, qui tombent bientôt, soit de petites croûtes brunes, très-dures, luisantes, comme enchâssées dans la peau, qui persistent quelquefois au delà du vingtième jour. Il est évident, d'après la marche irrégulière de l'éruption, que l'on doit trouver en même temps, chez le même individu, des élévations papuleuses, des vésicules, des pustules, des écailles ou des croûtes. Ce phénomène est encore plus remarquable quand des éruptions successives ont lieu pendant plusieurs jours. Dans quelques cas, apres la chute des écailles, elles sont remplacées, surtout à la face, par des élévations en forme de verrues, qui ne disparaissent que lentement et par desquammations successives. Lorsque l'éruption est confluente,

comme on l'observe quelquefois à la face, il peut se former des croûtes minces, jaunâtres et lamelleuses; mais, dans ces cas-là même, la fièvre secondaire est à peine perceptible.

La durée de la maladie, qui quelquefois ne mérite pas ce nom, est de six à douze jours au plus. La terminaison en est presque toujours heureuse; rarement on rencontre, à la suite de l'éruption, de légères cicatrices, soit à la face, soit ailleurs.

Diagnostic. Le diagnostic de la variole paraît devoir être très-facile : la présence de pustules en nombre variable, ordinairement ombiliquées, dont l'apparition est précédée de fièvre et de symptômes généraux plus ou moins intenses, jointe à la marche particulière de cette éruption, suffit, dans la grande généralité des cas, pour distinguer la variole, non-seulement des autres affections pustuleuses, mais aussi des autres maladies cutanées. La *varicelle* est l'éruption qui se rapproche le plus de la variole; et, malgré toutes les règles de diagnostic qu'on a établies pour les distinguer, il existe cependant des cas où des médecins également expérimentés sont loin d'être du même avis, les uns reconnaissant la variole, et les autres la varicelle, dans la même maladie.

C'est surtout la variole discrète et la variole modifiée qui ont été confondues avec la varicelle; mais il faut avouer que s'il existe des cas où le diagnostic est vraiment fort difficile, il y en a également un grand nombre où le jugement porté est établi sur des idées préconçues. C'est ainsi que, dans des cas de variole secondaire, le médecin qui n'admet pas la possibilité d'une seconde infection, ou qui soutient que jamais la variole ne peut se développer après l'inoculation, niera l'identité de la maladie, en lui

donnant le nom de *varicelle*. C'est également avec des idées préconçues que l'on donne le nom de *varicelle* aux *varioles modifiées* qui se montrent chez des personnes vaccinées, en avançant, comme argument sans réplique, que jamais la variole ne se développe après la vaccine.

En comparant la marche de la variole modifiée avec celle de la varicelle, on trouve, à la vérité, qu'elle s'en rapproche sous beaucoup de points de vue, et il est constant que le nom de petite-vérole volante ou celui de varicelle leur a été également appliqué dans un grand nombre de cas. En traitant de la varicelle, nous avons parlé en détails, sans rien préjuger de leur parfaite exactitude, des caractères qui, d'après certains auteurs, suffisent pour distinguer cette affection, soit de la variole ordinaire, soit de la variole modifiée. Nous dirons toutefois que nous les avons trouvés suffisans pour nous engager à séparer la description de chacune de ces maladies.

Le diagnostic des diverses affections qui peuvent compliquer la variole, peut être environné de beaucoup d'obscurité. Souvent la rapidité de leur marche est telle qu'elles laissent à peine au médecin le temps d'agir avant qu'une congestion mortelle ne se soit fixée sur l'un ou l'autre des organes importans à la vie, et n'ait fait périr le malade avant le développement des symptômes phlegmasiques ordinaires. Le coma ou le délire, l'agitation ou les convulsions annoncent une encéphalite plus ou moins grave. Dans quelques cas de catarrhe suffocant, on peut très-bien confondre, comme nous l'avons déjà indiqué, le râle sous-crépitant de l'œdème des poumons, avec le râle crépitant de la pneumonie.

Prognostic. Le prognostic de la variole est favorable lorsque l'éruption est légère et la marche régulière; mais en g né. ral, il faut être très-réservé sur le prognostic de la variole

confluente, dans le cours de laquelle assez souvent des accidens se développent avec une promptitude extraordinaire, et font périr des malades, dans un temps fort court, lorsque rien ne faisait présager une terminaison aussi funeste. Le prognostic est plus fâcheux quand la maladie se développe chez des enfans à l'époque de la dentition, chez des adultes forts et pléthoriques, chez des personnes débiles, affaiblies, soit par l'âge, soit par des maladies antérieures, ou par des excès quelconques. Il est également fâcheux quand la variole se déclare chez des femmes enceintes ou nouvellement accouchées, et chez celles qui, jeunes et belles, ont une grande frayeur de cette maladie, si funeste à la beauté.

La violence des symptômes précurseurs est surtout à craindre lorsqu'ils persistent après l'éruption : la disparition subite de celle-ci est toujours fort grave. Le prognostic pourra encore être basé sur la nature de l'éruption; ainsi, lorsque cette dernière est très-abondante, qu'elle est entremêlée de pétéchies, ou que les pustules se remplissent de sang, il est toujours fâcheux. Il en est de même, quand l'éruption ne marche pas, lorsque les pustules restent blanches et aplaties. Cependant, même dans ces cas, on devra se garder de porter un jugement très-défavorable d'après la seule apparence de l'éruption; il faut en même temps faire une attention scrupuleuse aux symptômes généraux. Les organes encéphaliques et thoraciques sont surtout ceux qu'il importe de surveiller.

Traitement. Lorsque la variole, soit discrète, soit confluente, poursuit sa marche régulièrement, sans être accompagnée de symptômes graves de phlegmasie des divers organes intérieurs, le traitement en est fort simple : le séjour au lit, un air tempéré, la diète, les délayans, sont les moyens qu'on mettra en usage. Il est en général inutile

d'employer les vomitifs ; si la constipation persistait trop long-temps, on la ferait cesser au moyen de lavemens simples ou légèrement laxatifs. Des pédiluves chauds, ou l'application de cataplasmes chauds aux pieds, lorsque la céphalalgie est forte ; des gargarismes adoucissans lorsque l'angine devient incommode; des lotions émollientes sur les paupières lorsque des pustules y produisent une irritation trop vive, sont aussi les moyens qu'il convient d'employer dans les cas de variole simple. Lorsque l'éruption tarde trop à paraître, sans que ce retard paraisse résulter de quelque phlegmasie intérieure, on peut administrer un vomitif ou quelques sudorifiques, tels que l'acétate d'ammoniaque, ou bien faire prendre au malade un bain tiède ou mieux encore un bain de vapeur.

Trop souvent la variole, loin de parcourir ses périodes d'une manière régulière, offre, comme nous l'avons indiqué, diverses complications qui réclament une médication plus ou moins active. Nous allons passer en revue ces moyens, et indiquer en même temps les cas où il convient de les employer.

Les *émissions sanguines* ont été de tout temps conseillées et employées dans le traitement de la variole : cependant leur emploi a été combattu par certains praticiens qui, regardant cette maladie comme une affection bien distincte des autres phlegmasies, par la nature de sa cause, pensent que, loin d'être favorable, leur usage peut même devenir nuisible. L'expérience a prouvé qu'il est malheureusement trop vrai que, dans beaucoup de cas, les émissions sanguines ne prévenaient pas toujours la mort ; et si elle n'a point démontré que toujours cette terminaison funeste fût le résultat de leur emploi, elle semble avoir appris que presque toutes les fois que par les saignées successives on a voulu faire avorter l'éruption, le ré-

sultat a été fâcheux et souvent fort grave. Ce moyen sera surtout nuisible si, pour le mettre en usage, on attend que de fortes congestions soient établies dans les divers organes, et que la nature soit accablée par la force du mal : employée dans ces cas, la saignée peut hâter la mort.

Dans la période d'invasion, lorsqu'il y a beaucoup de fièvre et principalement lorsque les symptômes d'irritation soit gastro-intestinale, soit cérébrale, offrent une certaine intensité, la saignée générale ou mieux locale peut être employée avec avantage. Les saignées locales seront pratiquées à l'anus ou à l'épigastre, ou bien au cou, ou bien enfin aux tempes et aux apophyses mastoïdes, suivant la nature des symptômes. Lorsqu'il existe de vives douleurs locales, on n'hésitera pas à appliquer un certain nombre de sangsues sur les points qu'elles occupent.

Lorsque l'éruption est très-confluente à la face, qu'il y a de l'assoupissement, ou bien une angine plus ou moins intense; une ou plusieurs applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, au devant du cou, produira beaucoup de soulagement.

La saignée générale est tout-à-fait indiquée, chez les adultes forts et vigoureux, lorsque l'éruption est confluente, et elle l'est mieux encore lorsqu'il se développe des symptômes phlegmasiques plus ou moins graves, des organes intérieurs, pendant le cours de la maladie. Mais elle serait le plus infailliblement très-nuisible vers l'époque de la suppuration, quand les forces du malade sont déjà plus ou moins épuisées par l'abondance de la suppuration, la diète, la fièvre, etc.

Très-souvent les congestions, vers les divers organes intérieurs, ne s'établissent que lentement, et la marche des symptômes est alors fort insidieuse. Il y a de la nonchalance, de l'abattement ; l'éruption ne marche pas, le

pouls faiblit, il y a un léger délire dans la nuit, et le malade succombe avant que la suppuration ne se soit établie. Dans ces cas, des vésicatoires aux membres inférieurs, et des purgatifs, à moins de symptômes d'inflammation gastro-intestinale bien tranchés, sont plus utiles que les émissions sanguines ; cependant on n'hésiterait pas à pratiquer quelques saignées locales s'il y avait une indication réelle.

L'utilité de la saignée, dans les cas où il se développe des symptômes qui se terminent promptement par la mort, semblerait avoir dû être bien grande, si l'on réfléchit que l'examen des cadavres donne en général pour résultat des congestions sanguines plus ou moins prononcées dans les viscères importans, et en particulier dans le cerveau et les poumons. Cependant, l'expérience n'a point démontré que les avantages des émissions sanguines fussent aussi prononcés que la théorie semble le promettre ; et néanmoins ce sont ces moyens qui, conjointement avec les laxatifs, offrent le plus de chances de succès. Il est sans doute très-facile de poser ainsi des règles : mais il est souvent fort difficile de les appliquer au lit du malade ; car si, d'un côté, il est essentiel d'employer au plus tôt les moyens dont nous avons parlé, il est, de l'autre, quelquefois très-difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer les symptômes précurseurs de ces accidens de ceux qui accompagnent fréquemment la variole et disparaissent spontanément. Dans tous les cas, on doit bien se rappeler que la saignée est loin d'agir aussi efficacement dans les inflammations qui compliquent la variole que dans les phlegmasies simples des mêmes organes.

Les *purgatifs* doux sont souvent très-utiles à l'époque de la suppuration, quand il existe une congestion, soit vers le cerveau, soit vers les organes thoraciques, et qui

s'annonce par le coma, ou des convulsions, ou bien par une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Il est peut-être inutile d'ajouter que les purgatifs ne devraient pas être employés, s'il existait des symptômes prononcés d'irritation gastro-intestinale. On administre l'huile de ricin, le sené, le jalap, le calomel, ou bien des laxatifs doux, tels que la pulpe de tamarin, la crême de tartre soluble.

De légers laxatifs, l'application de quelques sangsues au dessous de la mâchoire inférieure, et des gargarismes adoucissans seront très-utiles, lorsque la salivation devient intense.

Quelques médecins, dans le but de faire avorter l'éruption, ont conseillé de *frictionner* rudement le corps, avec un linge grossier, peu de temps après l'apparition des pustules; d'autres conseillent de *cautériser*, soit en masse, soit une à une, avec le nitrate d'argent, les pustules développées à la face, dans l'intention de prévenir les congestions cérébrales, et d'empêcher que le visage ne soit le siége de cicatrices difformes. Ces avantages sont plutôt imaginaires que réels, et même si nous consultons les faits observés par M. Biett et ceux que nous avons observés nous-mêmes, nous pouvons affirmer que dans certains cas, on a obtenu de l'emploi de ces moyens des résultats absolument opposés à ceux que se proposaient ceux qui ont conseillé de les mettre en usage.

Le meilleur moyen de prévenir des cicatrices difformes à la face consiste à ouvrir avec soin chaque pustule, pour en faire sortir doucement le pus, et à empêcher ensuite, au moyen de fomentations émollientes, que les croûtes ne séjournent trop long-temps. Du reste on conçoit qu'il serait impossible d'agir ainsi, si l'éruption était très-confluente, et cependant, c'est surtout dans ces cas que

les cicatrices difformes sont à craindre. On cherchera alors à empêcher que les croûtes ne restent trop longtemps.

Les ablutions d'eau froide sur la surface du corps, pendant et après l'éruption, ne devront jamais être employées. Elles peuvent être utiles dans la rougeole ou dans la scarlatine, lorsque la peau est sèche, aride, et la chaleur extrême; mais dans ces maladies, il ne se fait point à la peau, comme dans la variole, un travail particulier qu'il est très-essentiel de ne pas interrompre.

Les *vomitifs*, l'*acétate d'ammoniaque* pourront être employés avec avantage lorsque l'éruption tarde trop à paraître : combinés avec les vésicatoires volans, les sinapismes et les bains chauds, ils peuvent être très-utiles dans les cas où une exposition prolongée au froid, comme cela arrive quelquefois en hiver, l'éruption vient à disparaître, ou ne poursuit pas sa marche accoutumée, et lorsqu'il existe en même temps de l'abattement, un état d'affaissement général, avec concentration du pouls.

Les *toniques* tels que le vin généreux, le quinquina, le camphre, etc., qui ont été conseillés vaguement dans les cas où les forces vitales paraissent languir, doivent être rarement employés. Ils peuvent être utiles lorsque, après la période de suppuration, les malades restent dans un état de faiblesse générale; mais leur emploi demande beaucoup de précaution; il faut éviter avec soin de s'en servir sur les seules indications de sécheresse à la langue, d'abattement et de prostration.

Les *opiacés* seront très-utiles pour combattre l'insomnie opiniâtre ou la diarrhée intense qui n'est pas accompagnée de beaucoup de fièvre.

Vers la fin de la maladie, des bains tièdes, donnés avec toutes les précautions nécessaires, favoriseront la des-

quammation, et pourront diminuer la tendance qui existe au développement de furoncles, de pustules d'ecthyma, d'abcès sous-cutanés, etc.

Quant à l'emploi des laxatifs à la fin de la variole, on ne devra y avoir recours que sur quelque indication positive; mais il est constant que cette maladie est souvent suivie d'un état particulier des voies digestives, avec perte d'appétit, nonchalance, etc., symptômes qui disparaissent par l'administration de quelques légers minoratifs.

Les accidens qui peuvent être les suites de la variole demandent chacun un traitement approprié, et il est impossible d'entrer dans des détails qui seraient ici superflus.

VACCINE.

La vaccine est une éruption contagieuse qui existe quelquefois naturellement sur le pis des vaches, et qui, transmise le plus ordinairement par inoculation d'individu à individu, peut prévenir ou au moins modifier la variole. Elle est caractérisée par une ou plusieurs pustules, argentines, larges, aplaties, multiloculaires, déprimées au centre, entourées d'une auréole érythémateuse, donnant lieu à une croûte brunâtre, qui se détache vers le vingt-cinquième jour, et laisse une cicatrice caractéristique.

La vaccine est une affection plutôt vésiculeuse que pustuleuse; mais nous nous croyons excusables en plaçant son étude après celle de la variole, par les rapports essentiels qui existent entre ces maladies.

Causes. La vaccine se développe souvent chez les jeunes filles et chez les enfans chargés de traire les vaches, dont le pis offre cette éruption, connue en Angleterre sous le nom de *cow-pox* (vérole de la vache), et même c'est

l'heureux privilége dont jouissaient ces individus, de n'être point atteints de la variole quand elle régnait dans tout le canton, qui a conduit Jenner à la découverte de ce moyen précieux.

Il se développe quelquefois une véritable éruption vaccinale sur les mains des palefreniers qui pansent des chevaux atteints des eaux aux jambes (*grease*). Nous avons vu deux cas de ce genre à l'hôpital Saint-Louis, dans lesquels on trouvait des caractères qui présentaient une identité parfaite avec ceux de la vaccine. D'après les expériences que M. Biett a faites, dans ce dernier cas, le pouvoir anti-varioleux serait moins marqué; cependant il faudrait des observations plus nombreuses pour présenter quelque chose de plus positif à cet égard.

Le plus souvent l'inoculation du virus-vaccin est la cause du développement de cette éruption. Ce virus peut être retiré, soit de la vache même, soit d'une vaccine développée chez l'homme par inoculation, et cette dernière méthode doit être préférée, parce que, beaucoup plus bénigne, elle entraîne bien moins d'accidens, et n'en est pas moins sûre.

C'est vers le quatrième ou cinquième jour, à dater du développement de la vésicule vaccinale, et en général du huitième au neuvième jour de l'éruption, qu'il convient de retirer le vaccin, soit pour l'inoculer de bras à bras, soit pour le conserver.

Pour l'inoculer de bras à bras, ce qui se fait le plus fréquemment et ce qui est aussi le plus sûr, on a proposé trois méthodes. L'inoculation par *piqûre* est bien préférable à celle qui serait faite à l'aide d'un *vésicatoire* ou par *incision*. Ces deux dernières en effet sont beaucoup moins sûres, l'une à cause de l'irritation trop vive qu'elle détermine; et l'autre, en outre, par l'écoulement de

sang auquel elle donne souvent lieu. C'est donc à la méthode par *piqûre* qu'il sera convenable d'avoir recours.

On peut la pratiquer sur tous les points de la surface de la peau; mais le lieu d'élection se trouve sur l'insertion inférieure du muscle deltoïde. On peut vacciner à tout âge, mais le plus souvent l'inoculation se fait chez les enfans; on ne doit cependant pas la pratiquer avant six semaines après la naissance, à moins d'indication pressante.

Armé d'une aiguille, et mieux d'une lancette, dont la pointe est chargée d'une gouttelette du fluide vaccin, le chirurgien saisit de la main gauche la partie postérieure du bras de l'individu qu'il veut vacciner; et en même temps que de cette main il tend fortement la peau, de l'autre il introduit son instrument horizontalement, et seulement à quelques lignes. Il s'arrête un instant, et il retire bientôt sa lancette, en appuyant légèrement sur la piqûre, ou mieux en retournant la lame de manière à l'essuyer.

Il est utile de pratiquer plusieurs piqûres, mais seulement dans le but d'augmenter les chances de succès de l'opération; car une seule vésicule de vaccine, convenablement développée, suffit pour mettre l'économie à l'abri de la contagion variolique aussi bien que trois ou quatre.

Quelquefois une idio-syncrasie particulière du sujet s'oppose au développement de la vaccine, et, dans quelques cas rares, elle ne s'est développée qu'après plusieurs vaccinations successives. Une variole antérieure, une première vaccine, l'inflammation de quelques organes, une éruption exanthématique aiguë, un léger écoulement de sang par les piqûres, sont autant de causes qui peuvent s'opposer au développement de l'éruption vaccinale.

La méthode par *incision* devrait être mise en usage si l'on n'avait que des fils imprégnés de vaccin, puisqu'il

est nécessaire de les laisser entre les deux lèvres de la plaie.

Symptômes. On peut diviser en quatre périodes le développement de la vésicule qui résulte de l'inoculation du virus-vaccin :

1° Dans la première, qui dure de trois à quatre jours, la piqûre n'offre aucun changement particulier, la légère rougeur qui l'entoure dans les premiers instans lui est commune avec toutes les autres plaies de ce genre. Cette période peut quelquefois se prolonger jusqu'à quinze, vingt et vingt-cinq jours.

2° Dans la seconde, qui commence vers le troisième ou quatrième jour, et finit vers le huitième ou neuvième, on trouve d'abord une petite dureté qui est entourée d'une légère rougeur. Ce point érythémateux s'élève, et, dès le cinquième jour, on voit que l'épiderme est légèrement soulevé par une exsudation séreuse. Il existe alors une vésicule ombiliquée, qui, le sixième jour, est encore plus manifeste. Sa couleur est d'un blanc mat ; sa forme est arrondie ou un peu ovale. Lorsque la piqûre a été un peu allongée, elle augmente graduellement de volume, et conserve la dépression centrale jusqu'à la fin du huitième ou du neuvième jour ; quand la surface devient aplatie, et quelquefois plus élevée au centre qu'à la circonférence, celle-ci alors arrondie, luisante et tendue, dépasse tant soit peu la base de la vésicule, et renferme un fluide transparent, presque limpide, contenu dans plusieurs cellules. C'est à cette époque qu'il convient de retirer le vaccin.

3° La troisième période commence du huitième au neuvième jour; alors la vésicule a acquis son plus grand développement; elle est entourée d'une auréole circonscrite, d'un rouge vif, dont le diamètre varie de trois à quatre

lignes à deux pouces, et dont le développement est accompagné d'une tuméfaction prononcée de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cette surface érythémateuse devient souvent le siége de petites vésicules. Ces symptômes sont surtout prononcés le dixième jour; le malade se plaint de chaleur et de démangeaisons; le bras est pesant; quelquefois il survient un léger engorgement des ganglions axillaires; le pouls est souvent accéléré, et quelquefois une éruption roséolaire ou érythémateuse, qui semble partir de l'auréole, s'étend sur les différentes parties du corps; elle consiste, la plupart du temps, en de petites taches circonscrites légèrement élevées.

4° La quatrième période enfin commence vers le dixième jour; l'auréole diminue; le fluide contenu dans la vésicule devient purulent, en même temps que celle-ci commence à se dessécher par le centre, qui prend une teinte brunâtre; les jours suivans la dessiccation continue, l'auréole disparaît peu à peu, ainsi que la tuméfaction, et bientôt la vésicule se trouve transformée en une croûte circulaire, très-dure, d'un brun foncé, qui se dessèche, se rapetisse en même temps qu'elle devient noirâtre, et qui, enfin, se détache du vingtième au vingt-cinquième jour à dater de la vaccination. A sa chute, on découvre une cicatrice qui, déprimée, circulaire et gauffrée, offre sur sa surface des enfoncemens propres à nous indiquer le nombre des cellules de la vésicule; les traces que laisse cette cicatrice sont indélébiles.

Telle est la marche régulière de la vaccine, et tels sont les caractères qu'elle doit présenter, afin de réunir toutes les conditions que l'on regarde comme nécessaires pour prévenir le développement de la variole. Des éruptions vaccinales accidentelles peuvent être produites par les inoculés eux-mêmes, qui, après s'être grattés, portent

leurs ongles, chargés de virus, sur les points où l'on observe des nouvelles vésicules.

Quant aux éruptions plus ou moins abondantes qui ont eu lieu pendant la marche de la vaccine chez des personnes alors exposées à la contagion variolique, et que beaucoup de médecins ont regardées comme des éruptions vaccinales résultant de l'action générale du virus-vaccin sur l'économie, il est maintenant reconnu qu'elles ne sont autre chose que des varioles très-légères, modifiées par le fait de la vaccination. Au reste, ce fait est très-remarquable et mérite de fixer l'attention, car des médecins ont inoculé la matière tirée de ces prétendues éruptions vaccinales, et ont développé, assurent-ils, de véritables vésicules de vaccine; or, de deux choses l'une : ou ils se sont trompés grossièrement, ou bien cette maladie, développée par inoculation, avait réellement l'apparence de la vaccine. En admettant cette dernière opinion, que devient la distinction entre la vaccine et certaines variétés de la variole?

Lorsque la vaccine ne suit pas la marche décrite, on la regarde comme incapable de garantir l'économie de l'infection variolique, et on lui a donné le nom de fausse vaccine.

Souvent, au lieu d'une vésicule, il se développe une véritable pustule. Le travail inflammatoire s'annonce le jour même ou le lendemain de la piqûre, qui est entourée d'une auréole très-marquée; la pustule augmente rapidement de volume; son centre est plus élevé que sa circonférence; dès le quatrième ou cinquième jour, elle est remplacée par une croûte d'un jaune brun, dont la chute plus ou moins prompte ne laisse aucune cicatrice.

L'éruption peut être vésiculeuse aussi, mais la marche irrégulière, et la maladie développée, incapable de garantir de la variole.

Willan admet trois fausses-vaccines vésiculeuses.

1° Dans l'une, la vésicule est parfaite, mais sans développement de l'auréole et de l'inflammation circonvoisine que l'on observe du neuvième au dixième jour ;

2° Dans l'autre, la vésicule est perlée, beaucoup plus petite que celle de la vraie vaccine : elle est aplatie ; la circonférence n'est point arrondie, et ne dépasse pas la base, qui est dure, enflammée, légèrement élevée et entourée d'une auréole d'un rouge très-foncé ;

3° Dans la troisième, la vésicule est plus petite que celle de la vraie vaccine ; elle est acuminée ; l'auréole, quelquefois d'un rouge peu intense, est très-étendue.

Dans ces deux variétés, l'auréole se montre dès le septième ou huitième jour, et disparaît vers le dixième. Alors la croûte est formée ; elle est plus petite, plus irrégulière que celle de la vraie vaccine ; il en est de même de la cicatrice. Quand même la vésicule vaccinale suivrait une marche assez régulière, quelques inoculateurs pensent que la formation d'une matière purulente dès le neuvième jour indique une vaccine sur laquelle on ne doit pas compter, et que la confiance devra encore être moindre si la croûte qui lui succède est petite et friable. Des pressions réitérées qui déchirent la vésicule ou empêchent sa marche ; des piqûres trop souvent répétées dans une vésicule pour en extraire le virus-vaccin, sont regardées comme pouvant diminuer plus ou moins la propriété antivariolique.

Enfin, on regarde comme cause du développement de la fausse vaccine, 1° l'inoculation du virus-vaccin chez des individus déjà vaccinés, ou qui ont eu la variole ; 2° l'inoculation du virus, pris dans une fausse vésicule ou même dans une vésicule de vraie vaccine, mais à une époque trop tardive ; 3° la complication de la scarlatine, de

la rougeole, de gastro-entérite plus ou moins grave, ou bien encore de quelques maladies cutanées chroniques, telles que le *prurigo*, l'*eczéma*, la *teigne*, la *lèpre*, etc.

Diagnostic. Les caractères qui viennent d'être décrits suffisent pour faire distinguer la vraie et la fausse vaccine. Quant aux autres éruptions, il n'y a guère que la variole dont les pustules se rapprochent de celles qui constituent les éruptions vaccinales; mais, dans ce dernier cas, l'éruption est toujours locale, la contagion n'a lieu que par inoculation : il n'y a presque jamais de symptômes généraux. Les pustules sont plus larges, d'un blanc argenté, enfin les cicatrices plus étendues, moins profondes, et présentent un caractère particulier.

Prognostic. La vaccine est une affection très-simple, qui n'est accompagnée la plupart du temps d'autres phénomènes que des symptômes locaux de l'éruption. Chez quelques sujets, cependant, elle détermine un peu de fièvre, et quelquefois un léger exanthème. Dans ces cas, elle ne réclame d'autres moyens qu'un régime un peu sévère et des boissons délayantes; le plus ordinairement elle ne demande aucun traitement; seulement il faut éviter avec soin le frottement et les pressions sur l'endroit où l'inoculation a eu lieu.

Dans les cas d'éruption vaccinale survenue à la main d'individus qui auraient pansé des chevaux atteints des *eaux aux jambes* : des limonades, des bains locaux émolliens, quelquefois des cataplasmes pour diminuer le gonflement, un bain ou deux tièdes, et de légers laxatifs, sont les seuls moyens qu'il soit nécessaire de mettre en usage.

Lorsque la vaccine se développe d'une manière irrégulière par des causes plus ou moins appréciables, on devra

conseiller une seconde vaccination. Cependant, lors même que la vaccine a été parfaitement régulière, une foule de faits prouve que la contagion variolique peut encore exercer son influence sur l'économie ; mais presque toujours la maladie qui en résulte est très-légère, et ne poursuit pas sa marche accoutumée.

Plusieurs moyens ont été proposés pour s'assurer si la vaccine a exercé sur l'économie une influence nécessaire pour la garantir, autant que possible, de la contagion variolique.

Le premier consiste à vacciner de nouveau le même individu cinq ou six jours après la première vaccination ; il en résulte une vésicule, mais elle s'entoure d'une auréole presque aussitôt que la première.

Le second consiste aussi à vacciner de nouveau la même personne, mais douze jours après la première inoculation ; et si celle-ci a produit l'effet désiré, il n'en résultera qu'une vésicule irrégulière.

Enfin l'inoculation de la variole serait certes le meilleur moyen de s'assurer de l'effet de la vaccine. Il en résulte ordinairement une petite pustule locale, qui se dessèche promptement, et n'est pas accompagnée de symptômes généraux. Quelquefois, à la vérité, elle produit une légère éruption générale ; mais elle est ordinairement très-bénigne. Ce moyen cependant pourrait n'être pas exempt d'inconvéniens.

Malgré l'assertion contraire de plusieurs médecins, l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la vaccination ne paraît apporter aucune modification dans le pouvoir anti-varioleux de la ~~vaccine ; car~~, d'un côté, des personnes vaccinées depuis vingt ans résistent aussi bien que celles qui ne le sont que depuis quelques années, quelques mois ; et de l'autre, la variole, quand elle se développe

chez les individus vaccinés, est toujours modifiée, soit que la vaccination ait été pratiquée depuis quelques jours, soit qu'elle l'ait été depuis quelques années. Quant aux faits rapportés dans ces derniers temps, et qui sembleraient prouver d'une manière authentique le succès d'une seconde vaccination, après vingt ans d'une première *bonne* vaccine, ils pourront être rangés, avec quelque raison, parmi les exceptions, et être considérés comme analogues aux varioles *succédanées*.

Nous avons rapporté les différentes apparences assignées par les auteurs à la fausse vaccine; mais il est bon de faire observer que l'on est loin d'avoir établi ce que l'on doit entendre par fausse vaccine; pourquoi elle provient quelquefois de l'emploi du vrai vaccin; ou enfin quelles sont les causes réelles qui la produisent. Il serait d'autant plus important de répondre à ces questions, qu'il est clairement prouvé que des personnes qui offrent des cicatrices qui sont loin d'être celles qui sont attribuées à la vraie vaccine, résistent à la contagion variolique, et que celle-ci, lorsqu'elle les atteint, développe une éruption aussi modifiée que si la vaccine avait été parfaite.

Que de doutes! que d'obcurité! quelles anomalies! Ainsi diverses expériences ont été faites en inoculant des mélanges de virus-vaccin et de virus varioleux; il en est résulté tantôt la vaccine, tantôt la variole. Si les deux virus sont introduits séparément, mais en même temps, et si les piqûres sont très-rapprochées, les éruptions locales en se développant peuvent se confondre, et le virus retiré d'un côté produira la vaccine, et l'autre la variole. En vaccinant un enfant exposé à la contagion variolique, on le préserve quelquefois entièrement de son action; souvent au contraire, il se développe une variole modifiée. Enfin, dans quelques cas, la variole se montre même d'une

manière confluente, et poursuit une marche régulière en même temps que l'éruption vaccinale.

Quoi qu'il en soit, en inoculant la vaccine on aura pour but de préserver l'économie de la contagion variolique, ou au moins de modifiér la variole si elle se développe, et d'en faire disparaître presque toujours le danger; que s'il existe des faits incontestables qui prouvent que la variole s'est développée chez des individus vaccinés, comme on l'a vu, du reste, atteindre le même individu, malgré ces cas, rares d'ailleurs, et presque jamais graves, la vaccine, sans présenter jamais le moindre inconvénient par elle-même, n'en est pas moins un préservatif bien précieux pour l'humanité, et peut-être la plus belle conquête de l'art.

ECTHYMA (1).

L'*ecthyma* (ἔκθυμα, éruption pustuleuse) est une inflammation de la peau, caractérisée par des pustules *phlyzaciées*, larges, arrondies, ordinairement discrètes, à base enflammée, auxquelles succède une croûte plus ou moins épaisse, qui laisse à sa chute quelquefois une cicatricule, et le plus souvent une tache rouge qui persiste plus ou moins long-temps.

Ces pustules peuvent se développer sur toutes les régions du corps, mais on les observe surtout aux membres, aux épaules, aux fesses, au col et à la poitrine: elles se montrent plus rarement à la face et au cuir chevelu. Presque toujours, plus ou moins éloignées les unes des autres, elles peuvent exister en même temps sur des surfaces très-larges, et même sur tout le corps; mais le plus souvent elles sont bornées à un seul siége.

(1) Voyez la planche (n° 4. F.)

Causes. Tantôt l'ecthyma est produit par des causes directes appréciables, tantôt, au contraire, il se développe spontanément.

Dans le premier cas, il est souvent le résultat de frictions ou d'applications plus ou moins irritantes faites sur la peau. Ainsi, ce sont de véritables pustules d'ecthyma, qui surviennent à la suite de frictions faites avec la pommade d'Autenrieth, ou après l'application d'emplâtres saupoudrés de tartre stibié. Le plus souvent très-rapprochées, ces pustules offrent cela de particulier que l'épiderme se trouve toujours soulevé dans une grande étendue par une sérosité purulente, et que l'élévation est en général ombiliquée : leur durée est de quelques jours, et alors elles sont remplacées par des croûtes qui commencent à se former par le centre ; l'inflammation qui les accompagne est souvent assez vive, mais elle n'offre aucun inconvénient, puisque c'est par elle que l'on cherche à établir une dérivation plus ou moins énergique : dans les cas où elle deviendrait trop grande et s'accompagnerait de vives douleurs, il faudrait avoir recours aux émolliens.

L'ecthyma idiopathique est souvent produit par le maniement de substances pulvérulentes, de produits métalliques, etc. On l'observe fréquemment aux mains, chez les épiciers, les maçons, déterminé par l'action du sucre, par celle de la chaux.

L'ecthyma se développe souvent aussi spontanément, et paraît, en général, comme symptomatique de quelque état particulier de l'économie ; il attaque tous les âges, se manifeste dans toutes les saisons ; mais on l'observe surtout au printemps, dans l'été, chez les jeunes gens et les adultes : les femmes en sont quelquefois atteintes pendant la grossesse.

Il semble produit le plus communément par de longues

fondre avec ces incrustations épaisses du *porrigo favosa*, formant une espèce de calotte qui entoure toute la tête; mais les croûtes du *porrigo favosa*, examinées avec attention, présentent toujours çà et là quelques points où l'on retrouve évidemment la dépression centrale en godet; et d'ailleurs les larges incrustations ne sont jamais circonscrites par des lignes régulières, tandis que celles du *porrigo scutulata* présentent toujours, à la circonférence, des portions de cercle qui indiquent la forme première de l'éruption, et que, dans cette dernière maladie enfin, où l'on ne retrouve point les godets, on rencontre au contraire de petits débris de croûtes semblables à du mortier brisé.

L'*impetigo figurata* pourrait aussi en imposer pour le *porrigo scutulata*, lorsqu'il a son siége au cuir chevelu, ou bien cette dernière maladie, développée sur les membres, pourrait être confondue avec l'affection *impétigineuse*; en effet, l'*impetigo figurata* est caractérisé par une réunion de pustules agglomérées qui donnent lieu à des croûtes épaisses, assez régulièrement circonscrites et souvent parfaitement circulaires; mais ces deux maladies présentent des différences très-grandes, soit à l'état pustuleux, soit quand elles sont recouvertes de croûtes. A l'*état pustuleux*, on ne saurait confondre les pustules superficielles légèrement proéminentes, reposant sur une surface rouge et très-enflammée, etc., qui caractérisent l'*impetigo*, avec celles du *porrigo scutulata*, qui, plus profondes restent enchâssées dans l'épiderme, ne s'accompagnent que d'une très-légère inflammation à leur base, et enfin présentent une matière concrète presque en naissant, tandis que les pustules *psydraciées* de l'*impetigo* contiennent un liquide qui s'épaissit peu à peu, et ne forme une véritable croûte qu'au bout de quelques jours.

A l'*état crustacé*, les différences ne sont pas moins tranchées; les croûtes de l'*impetigo* sont beaucoup plus épaisses; après leur chute, elles se reforment par un suintement séro-purulent, tandis qu'il faut de nouvelles pustules faveuses pour donner naissance aux nouvelles incrustations du porrigo scutulata; d'ailleurs, l'*impetigo figurata* est presque toujours borné à des points peu étendus; ses plaques sont souvent isolées, et le porrigo scutulata, à cet état, offre un aspect différent, très-facilement appréciable: ses croûtes sont plus épaisses à la circonférence qu'au centre, tandis que le contraire a lieu dans l'*impetigo*.

Enfin, si l'on réfléchit que l'*impetigo* n'est point contagieux, que quand il a son siége au cuir chevelu, il ne détermine jamais la chute des cheveux, que d'une autre part, la présence du *porrigo scutulata* sur les membres est extrêmement rare, et coïncide presque toujours alors avec la même éruption développée au cuir chevelu, on aura des caractères assez tranchés pour ne jamais confondre ces deux affections, qu'il est très-important de distinguer.

Des plaques de l'*herpès circinnatus* au début, ou de la *lèpre* dépouillée de ses squammes, qui auraient leur siége au cuir chevelu, pourraient peut-être être prises pour un *porrigo scutulata* commençant, et qui ne serait encore caractérisé que par les petites taches rouges circulaires qui précèdent l'apparition des pustules; il est presque inutile d'ajouter que le développement de chacune de ces maladies présentera des symptômes assez distincts pour ne pas laisser long-temps dans le doute, ou pour dissiper promptement l'erreur.

Prognostic. Le *porrigo scutulata* n'est point grave par lui-même, mais il peut le devenir par sa durée et par son opiniâtreté à résister aux divers moyens de traitement;

fatigués, des travaux forcés, des veilles prolongées, une mauvaise nourriture, la malpropreté, des affections morales vives, etc.; et l'action de ces causes diverses est encore plus énergique, quand les malades soumis à leur influence se livrent à des excès de débauches.

L'ecthyma se développe encore dans les périodes d'acuité de certaines maladies chroniques de la peau, du *lichen*, du *prurigo*, et surtout de la *gale*; ou bien dans la convalescence de quelques inflammations aiguës, de la *scarlatine*, par exemple, de la *rougeole*, et principalement de la *variole*.

Enfin des irritations chroniques des organes intérieurs exercent quelquefois une influence évidente sur l'apparition de l'ecthyma, et dans quelques cas plus rares, une éruption de pustules ecthymoïdes a paru critique dans des gastro-entérites aiguës.

L'ecthyma peut être tout-à-fait partiel, et parcourir ses périodes, fixé à un seul siége. Dans ce cas, sa durée est de un à deux septénaires. Il peut être général, et se développer sur toutes les régions du corps, le plus souvent par des éruptions successives, et, dans ce cas, persister pendant des semaines et des mois entiers.

Symptômes. Quand la maladie est partielle, l'éruption peut se faire à la fois, mais elle est le plus communément successive. Elle débute ordinairement par des points rouges, enflammés, circonscrits, qui s'élèvent et acquièrent dans l'espace de quelques jours un volume plus ou moins considérable; leur sommet se trouve bientôt soulevé par du pus, tandis que la base est dure, circonscrite et d'un rouge vif; le liquide purulent se dessèche au bout de trois ou quatre jours; il se forme des croûtes plus ou moins épaisses, qui laissent à leur chute des taches d'un rouge foncé. Les pustules sont en général séparées les unes des

autres, mais quelquefois elles forment des groupes irréguliers; leur volume varie depuis celui d'une petite lentille jusqu'à celui d'un franc, et au-delà. Leur développement est, dans quelques cas, accompagné de douleurs très-vives. La suppuration, dans quelques circonstances, a lieu très-promptement; d'autres fois elle ne s'établit que dans l'espace de plusieurs jours; tantôt, le pus est en petite quantité, et occupe seulement le sommet de la pustule, dont la base est large, dure et d'un rouge vif; tantôt il soulève l'épiderme dans toute l'étendue de la surface enflammée, et lui donne souvent l'apparence d'une bulle; souvent aussi alors le liquide purulent semble être borné à l'intérieur par une petite couche circulaire d'un liquide séreux et transparent. Ce sont surtout les pustules qui se développent aux mains et aux pieds qui offrent cette apparence.

Dans quelques pustules il y a résolution, et de légères squammes blanchâtres se forment successivement à la surface; mais le plus généralement il s'établit après la suppuration une croûte plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente, qui en tombant laisse une tache d'un rouge foncé, et quelquefois, mais rarement, une cicatrice. Quand les pustules se sont succédé pendant un certain temps, ces taches rouges sont très-nombreuses, presque confondues, et donnent à la surface malade un aspect particulier que l'on n'observe qu'après l'ecthyma.

Quelquefois enfin aux pustules succèdent des ulcérations, plus ou moins profondes, surtout à celles qui occupent les membres inférieurs, et qui sont la suite de la scarlatine ou de la variole. Il existe alors beaucoup d'inflammation à la base; les croûtes sont épaisses, et l'ulcère que leur chute laisse à découvert est en général blafard,

sanieux, sanguinolent, douloureux et toujours de mauvaise nature.

Chez les enfans faibles, mal nourris, cachectiques, surtout chez ceux qui ont été affectés d'entérite, avec cette tuméfaction de l'abdomen si fréquente alors, on voit souvent se développer l'ecthyma. (*E. infantile*, Willan.) En général, dans ces cas, les pustules sont d'un volume tout-à-fait irrégulier, et à côté d'une petite, on en trouve souvent une très-étendue : leur forme est circulaire, et leur couleur d'un rouge plus ou moins vif, suivant que les enfans sont plus ou moins affaiblis. Tantôt ces larges pustules suppurent, et donnent lieu à une ulcération plus ou moins profonde, remplacée à la longue par une légère cicatrice. Tantôt, après avoir menacé de suppurer, elles diminuent graduellement de volume, et il se fait à leur surface plusieurs desquammations successives.

Chez des personnes avancées en âge, cacochymes, et qui s'adonnent à l'ivrognerie, on voit assez souvent une variété de l'ecthyma qui se rapproche beaucoup du rupia (*ecthyma cachecticum*, Willan). Elle siége surtout aux jambes, mais presque toutes les parties du corps peuvent en être affectées. La peau s'enflamme et se tuméfie lentement dans une étendue plus considérable que dans les cas ordinaires d'ecthyma ; elle prend une teinte rouge foncée, et, au bout de six à huit jours, l'épiderme qui recouvre la surface se trouve soulevé par une saillie noirâtre, mêlée de sang ; bientôt il se rompt, et il se forme en peu de temps une croûte épaisse, noirâtre, plus élevée au centre ; les bords sont durs, calleux, plus ou moins enflammés ; les croûtes sont très-adhérentes et ne se détachent que dans l'espace de quelques semaines ; elles persistent même quelquefois plusieurs mois. Si elles tombent acci-

dentellement, il en résulte une ulcération de mauvais caractère, qui se recouvre difficilement d'une nouvelle croûte.

Quelquefois des symptômes généraux, tels que de l'abattement, de l'anorexie, une fièvre lente, de la constipation, etc., précèdent ou accompagnent l'éruption; mais ces symptômes disparaissent en général avec elle. Dans quelques cas les ganglions lymphatiques correspondans s'engorgent, et déterminent des douleurs très-vives, qu'il faut souvent combattre par des applications émollientes, et quelquefois des saignées locales.

La suppuration et la dessiccation sont les terminaisons les plus ordinaires de l'ecthyma; la résolution et l'ulcéra- sont beaucoup plus rares.

Diagnostic. Les pustules d'ecthyma sont en général faciles à reconnaître par leur volume, l'inflammation de leur base et leur mode de développement. Ces caractères suffiront pour empêcher de les confondre avec les pustules de l'acné, de l'impétigo, de la mentagre, du porrigo. Cependant, lorsque des pustules de mentagre ou d'acné offrent, comme cela se voit assez souvent, une base dure et rouge, elles pourraient en imposer pour les pustules *phlyzaciées* de l'ecthyma, si l'état d'induration plutôt que d'inflammation de la base chez les premiers, et les caractères propres que l'on retrouve facilement dans le plus grand nombre, n'étaient suffisans pour empêcher l'erreur.

Les pustules ombiliquées de la variole, les pustules multiloculaires de la vaccine, et leur nature contagieuse, ne permettent pas de confondre cette maladie avec l'ecthyma.

Il est plus difficile de distinguer les pustules de l'ecthyma des pustules syphilitiques, qui offrent à peu près les mêmes

caractères, d'autant mieux que quelquefois la syphilide pustuleuse peut se manifester par de véritables pustules ecthymoïdes. Dans ces cas, l'auréole cuivrée, les signes commémoratifs et les symptômes concomitans formeront la base du diagnostic.

On ne confondra sans doute jamais la *gale* avec l'ecthyma, en se rappelant qu'il n'y a point de gale pustuleuse, et si parmi les vésicules on rencontre des pustules proprement dites, les caractères assignés aux pustules de l'impétigo et à celles de l'ecthyma, serviront à faire reconnaître si la complication est de telle ou telle espèce; du reste on les retrouve souvent les unes et les autres; mais on observe celles de l'ecthyma plus fréquemment et en plus grand nombre. D'ailleurs les petites vésicules dont elles sont entremêlées ne peuvent laisser aucun doute.

On distingue l'ecthyma du *furoncle* en ce que, dans le premier cas, c'est une inflammation de la peau, qui se propage de dehors en dedans, tandis que le furoncle occupe le tissu cellulaire sous-cutané, dont il occasione la mortification dans une petite étendue, et se termine par l'expulsion au dehors, sous fome de bourbillon, de cette petite portion mortifiée.

Enfin le *rupia* offre beaucoup de ressemblance avec l'ecthyma, et ces deux maladies paraissent quelquefois comme deux degrés d'une seule et même lésion; on les voit souvent ensemble, et s'il existe des caractères assez positifs pour empêcher de confondre l'ecthyma simple avec le rupia, il n'en existe pas pour distinguer de cette maladie ces larges inflammations circonscrites de la peau (*ecthyma luridum*) où l'épiderme, soulevé par un sang noirâtre, se trouve remplacé par une croûte très-épaisse qui recouvre une surface plus ou moins profondément ulcérée. Quoi qu'il en soit, un soulèvement de l'épiderme, formé par une

sérosité purulente, et qui constitue une véritable bulle, des croûtes saillantes semblables à une écaille d'huître ou à une coque de patelle, et enfin des ulcérations souvent profondes, diffèrent assez des pustules phlyzaciées à base dure et enflammée, des croûtes informes et des excoriations superficielles et d'ailleurs assez rares, de l'ecthyma, pour faire dans tous les cas distinguer le rupia de l'ecthyma simplex.

Prognostic. L'ecthyma n'est point une maladie grave; son prognostic varie suivant l'étendue de la maladie, l'âge et l'état du sujet, la nature des lésions concomitantes.

Traitement. Lorsque l'éruption est partielle, peu intense, et suit une marche régulière, elle ne réclame d'autres moyens de traitement que des boissons délayantes, des bains simples ou émolliens, et un régime doux. Si elle était plus grave, et accompagnée de beaucoup d'inflammation, on pourrait pratiquer une petite saignée, ou appliquer quelques sangsues à l'anus.

Lorsque la maladie se prolonge, surtout chez des individus dont la constitution est plus ou moins détériorée, les soins hygiéniques tiennent le premier rang dans le traitement à suivre. On soumet le malade à un exercice modéré, à l'usage d'alimens de bonne qualité. On lui fait prendre des bains simples, ou mieux légèrement excitans: des bains alcalins, par exemple, ou des bains de mer. Des laxatifs doux sont ordinairement très-utiles, à moins que leur emploi ne soit contre-indiqué par l'existence de symptômes évidens de gastro-entérite. Le malade devra surtout éviter les écarts de régime, l'usage des boissons spiritueuses, les travaux fatigans, les veilles, etc.

Quelquefois il faut avoir recours aux toniques, à la décoction de quinquina, aux préparations ferrugineuses, etc.

Les ulcérations qui suivent la chute des croûtes offrent

en général un mauvais caractère, et sont lentes à se cicatriser. S'il y avait beaucoup d'inflammation, on emploierait des applications émollientes; mais le plus ordinairement, au contraire, il devient nécessaire d'en exciter la surface, soit en la touchant avec du nitrate d'argent fondu, soit en la lavant à plusieurs reprises avec des décoctions aromatiques, ou légèrement stimulantes. L'acide hydrochlorique étendu d'eau est quelquefois très-avantageux pour vivifier les surfaces et changer le mode d'inflammation. Celle-ci devient plus vive, et les ulcérations se cicatrisent promptement.

IMPÉTIGO.

M. Biett désigne, avec Willan, sous le nom d'*impétigo*, une maladie non contagieuse caractérisée par une éruption de pustules *psydraciées*, le plus souvent très-rapprochées les unes des autres, qui forment des croûtes en général épaisses, rugueuses et jaunâtres.

Tantôt tout-à-fait agglomérées, les pustules occupent une surface plus ou moins étendue, mais assez exactement circonscrite, et à laquelle on peut assigner une forme, soit circulaire, soit ovale, ce qui constitue l'*impetigo figurata* de Willan : tantôt les pustules sont disséminées, éparses, et n'affectent aucune forme régulière : c'est l'*impetigo sparsa* du même auteur. Il existe entre ces deux variétés beaucoup de degrés intermédiaires ; mais elles offrent des caractères assez distincts pour que l'on puisse y rattacher l'étude générale de la maladie. Toutes deux peuvent exister, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Enfin il est d'autres formes.

A. L'*impetigo figurata* occupe le plus souvent la face, et en particulier les joues ; on l'observe cependant assez

fréquemment sur les membres et même sur le tronc. Les enfans à l'époque de la dentition, les jeunes gens et les femmes d'un tempérament lymphatique ou sanguin, dont le teint est frais et la peau fine et impressionnable, en sont souvent affectés. Il se développe surtout au printemps, et quelques individus en sont périodiquement atteints à cette époque pendant plusieurs années consécutives.

Son apparition est rarement accompagnée de symptômes généraux autres que d'un peu de malaise, quelquefois de la céphalalgie.

Lorsque l'*impetigo figurata* se développe à la face, il peut occuper un espace très-variable. Tantôt on voit une ou plusieurs petites surfaces distinctes, rouges, un peu élèvés, qui se recouvrent assez promptement de petites pustules assez rapprochées : ces surfaces enflammées peuvent rester isolées, ou bien se confondre par le développement de pustules à leur circonférence. Tantôt l'éruption est plus étendue, et l'inflammation plus intense. Ainsi les deux joues ou tout le menton peuvent être envahis à la fois; il existe dans ce cas, comme dans le premier, beaucoup de démangeaisons, et même une espèce d'érysipèle qui précède et accompagne l'éruption. Celle-ci est pustuleuse dès le début; les pustules sont petites, agglomérées, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau. Elles ne restent pas long-temps dans le même état; mais, dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, ou, au plus, dans trois jours, elles s'ouvrent, et versent au-dehors un liquide purulent. La chaleur, le prurit, la tension sont en même temps plus prononcés. Le fluide, versé en abondance sur la surface malade par une foule de points, s'y dessèche promptement en grande partie, et forme des croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres, très-friables, semi-transparentes, qui offrent une certaine ressemblance

avec le suc gommeux de quelques arbres, ou à un peu de miel desséché. Le suintement continue, les croûtes augmentent d'épaisseur, et c'est dans cet état ordinairement que les malades se présentent à l'examen du médecin. On aperçoit alors des croûtes plus ou moins épaisses, friables, d'un jaune verdâtre, qui recouvrent une surface rouge, enflammée, d'une forme irrégulièrement circulaire, d'où suinte un liquide séro-purulent en plus ou moins grande abondance.

Vers les bords de cette surface on trouve encore quelques pustules psydraciées intactes, et d'autres sur lesquelles le fluide versé au dehors est à peine coagulé. Les traits de la face sont presque méconnaissables pour peu que la maladie soit étendue.

L'*impetigo figurata* reste ainsi à l'état crustacé pendant un temps variable, qui est de deux à quatre septénaires, lorsqu'il n'est pas prolongé par des éruptions successives: alors le prurit et la chaleur diminuent, ainsi que le suintement, et les croûtes se détachent peu à peu d'une manière irrégulière; la surface qu'elles laissent à découvert par leur chute est rouge, tendue! et souvent il s'y fait de légères gerçures d'où suinte un fluide qui, en se desséchant, forme de nouvelles croûtes, mais plus minces. Enfin lorsque les croûtes se sont entièrement détachées, la peau reste long-temps plus rouge; elle est luisante, l'épiderme très-fin, et il suffit quelquefois d'une légère excitation pour reproduire la maladie.

L'*impetigo figurata* peut n'occuper qu'une petite surface à son début, et s'étendre ensuite plus ou moins par le développement successif de pustules psydraciées à sa circonférence; dans ces cas la dessiccation commence par le centre.

Quelquefois des éruptions successives prolongent pen-

dant des mois et même des années la durée de l'*impetigo figurata*, et il est alors chronique par sa durée, bien que ces inflammations qui se succèdent le tiennent toujours à cet état aigu. Les causes qui prolongent ainsi la maladie sont des excès dans le régime, ou bien l'emploi de moyens excitans, de la cautérisation par exemple, l'usage intempestif des préparations sulfureuses. Dans ces cas même la peau peut s'enflammer profondément, elle s'épaissit; mais jamais la surface malade n'offre cet état de sécheresse que l'on observe dans quelques variétés de l'*impetigo figurata* chronique, fixé aux membres.

L'*impetigo figurata* du visage n'occupe quelquefois qu'une surface très-petite. C'est ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, à l'hôpital Saint-Louis, borné aux deux paupières, et former au milieu, des croûtes coniques et saillantes. Il entretenait une ophthalmie chronique.

D'autres fois nous l'avons vu, autour de la lèvre supérieure, se prolonger inférieurement de chaque côté d'une manière égale, et offrir dans tous les points une largeur uniforme, qui ne dépassait pas quatre ou cinq lignes, de manière à imiter la forme d'une paire de moustaches.

L'*impetigo figurata* peut se montrer sur les membres et même sur le tronc. Lorsqu'il occupe les membres inférieurs, les surfaces malades sont, en général, larges et d'une forme irrégulièrement ovale, tandis qu'elles sont moins étendues et d'une forme plus arrondie sur les membres supérieurs. Les pustules se développent de la même manière qu'à la face : elles sont promptement remplacées par des croûtes épaisses d'un jaune verdâtre ou brunâtre. Lorsqu'elles tombent il s'en forme successivement d'autres par la dessiccation du fluide séro-purulent versé par la surface enflammée. La durée de la maladie est très-variable, souvent elle devient chronique; mais alors on n'observe pas

d'éruption successive et abondante de pustules sur ces larges plaques enflammées ; il en paraît seulement de temps en temps sur quelques points de leur surface, surtout vers la circonférence. Le derme lui-même semble enflammé à une certaine profondeur ; il acquiert une épaisseur remarquable. Chez la même personne, on trouve des plaques crustacées d'*impetigo figurata* d'une étendue variable : quelquefois une large croûte occupe la partie interne de l'une ou l'autre cuisse, tandis que d'autres se trouvent à la partie externe, d'autres sur la jambe ; dans quelques cas on en trouve sur le ventre. Quelquefois les croûtes qui recouvrent ces plaques acquièrent une grande épaisseur, et la maladie répond à l'*impetigo scabida* de Willan.

Lorsque la maladie est ainsi chronique, souvent on ne trôuve pas de pustules, mais la forme particulière des plaques, celle ces croûtes, et des éruptions partielles qui ont lieu de temps en temps, suffisent pour la caractériser.

Quand la guérison a lieu, soit naturellement, soit par l'effet du traitement, la chaleur et démangeaisons diminuent, le suintement devient moins abondant, les croûtes moins épaisses : les bords commencent à se sécher, et peu à peu la surface malade cesse de se couvrir de croûtes ; mais dans ces endroits la peau ne reprend que lentement sa couleur naturelle.

B. L'*impetigo sparsa* ne diffère de la variété précédente que par la distribution irrégulière et éparse des pustules, qui, du reste, suivent la même marche, et donnent lieu également à la formation de croûtes épaisses, rugueuses, d'un jaune verdâtre. On observe surtout cette variété en automne : elle persiste avec opiniâtreté pendant tout l'hiver, pour disparaître avant le retour de la belle saison. Elle

a plus de tendance que l'*impetigo figurata* à passer à l'état chronique.

Bien qu'il puisse se développer sur toutes les parties du corps, l'*impetigo sparsa* affecte surtout les membres : on le voit principalement aux plis des articulations. Son siége de prédilection est surtout aux jambes. Tantôt il ne se manifeste que sur une seule région, tantôt il couvre un membre tout entier, ou plusieurs à la fois.

Les pustules se développent de la même manière que dans la variété précédente ; mais, au lieu d'être groupées, elles sont irrégulièrement répandues sur la surface malade : elles sont accompagnées de vives démangeaisons, et ne tardent pas à se rompre. Il se forme bientôt des croûtes jaunes par la dessication partielle du liquide séro-purulent versé au dehors : ces croûtes sont rugueuses, plus ou moins épaisses, friables, et ne forment pas de larges lames, comme les squammes de l'eczéma ; elles couvrent bientôt toute la surface ; mais, presque toujours, on trouve quelques pustules éparses. Lorsque les croûtes tombent, soit naturellement, soit sous l'influence du traitement, on trouve au-dessous une surface enflammée, offrant çà et là des excoriations superficielles. Un fluide séro-purulent s'écoule de cette surface, et renouvelle les croûtes par sa dessiccation partielle. Souvent ce suintement est très-abondant, et imbibe promptement les linges que l'on applique sur la partie malade.

Dans quelques cas, et surtout chez les individus d'un certain âge, dont la constitution est détériorée, les croûtes acquièrent une grande épaisseur ; elles sont d'un brun jaunâtre foncé, et ont été comparées à une écorce d'arbre par Willan, qui donne à cette variété le nom d'*impetigo scabida*. Quelquefois ces croûtes recouvrent tout un membre qui en paraît encaissé, et dont les mouvemens sont

difficiles et douloureux ; il y a en même temps de la chaleur et un prurit fort incommode. Ces croûtes épaisses se fendent dans un certain espace de temps, et lorsqu'il s'en détache des portions plus ou moins étendues, une nouvelle croûte se reforme promptement sur la surface mise à découvert. Quand la maladie est si intense et lorsqu'elle occupe les membres inférieurs, elle se complique quelquefois d'anasarque et même d'ulcérations étendues. Si elle se propage jusqu'aux orteils, les ongles peuvent être détruits ; et, comme dans certains cas de *lèpre* et de *psoriasis*, ils sont épais, irréguliers, lorsqu'ils reparaissent.

Enfin l'impétigo, qui, comme nous l'avons dit, n'est accompagné le plus ordinairement d'aucuns symptômes généraux, peut cependant, dans quelques circonstances, se présenter avec un appareil inflammatoire très-prononcé. Ainsi nous avons vu plusieurs malades, dans les salles de M. Biett, chez lesquels il existait en même temps un trouble général très-marqué, de la fièvre, une cuisson brûlante, beaucoup de chaleur et une injection érysipélateuse (*impetigo erysipelatodes*, Willan).

Il est encore une forme très-rare, et que M. Biett, qui ne l'a rencontrée qu'une ou deux fois, s'est contenté jusqu'à présent de signaler dans ses leçons ; c'est l'*impetigo rodens*. Il semblerait tendre à détruire les tissus qu'il affecte.

On conçoit bien qu'il existe, entre toutes ces variétés, une foule de degrés intermédiaires qu'il est impossible de décrire, mais qui se rapportent plus ou moins à l'une d'elles.

La durée de l'impétigo est très-variable ; il peut se terminer dans trois ou quatre septénaires, ou bien se prolonger d'une manière indéfinie. Il existe, entre ces deux

termes, une foule de degrés qui ne sauraient être précisés d'avance.

Causes. — Certaines causes extérieures peuvent développer les pustules de l'impétigo, en agissant directement sur la peau; telles sont les éruptions qui paraissent souvent sur les mains des individus qui manient différentes substances irritantes, le sucre brut, la chaux, les poussières métalliques. Les mêmes causes peuvent souvent développer les pustules d'ecthyma.

On observe l'impétigo dans toutes les saisons, mais surtout au printemps et en automne. Les enfans lors de la dentition, les femmes à l'époque critique, en sont souvent affectés. On a remarqué que les personnes d'un tempérament lymphatique ou sanguin, dont la peau est très-fine et le teint très-frais, y sont surtout prédisposées. Des excès quelconques, un exercice violent, paraissent quelquefois occasioner le développement de l'impétigo; et les affections morales vives, surtout le chagrin et la crainte, exercent, dans quelques cas, sur son apparition, une influence remarquable.

L'impétigo complique souvent d'autres inflammations de la peau, et surtout le *lichen*.

Diagnostic. — Le développement de pustules *psydraciées* disposées en groupes ou éparses, qui donnent lieu à la formation de croûtes épaisses, rugueuses et jaunâtres, suffit pour distinguer l'impétigo des éruptions vésiculeuses ou vésiculo-pustuleuses de l'*eczéma*, auxquelles succèdent des croûtes lamelleuses ou squammeuses et minces, et dans lesquelles d'ailleurs on retrouve presque constamment les lésions élémentaires, qui sont des *vésicules*.

Lorsque l'*impétigo figurata* occupe le menton, il faut quelquefois une certaine attention pour ne pas le confondre avec la *mentagre*. Dans l'impétigo les pustules sont

petites, jaunes, rapprochées; le suintement est abondant; les croûtes sont épaisses, d'un jaune verdâtre, semi-transparentes, et d'ailleurs il n'existe ni callosités ni tubercules: les pustules de la mentagre sont plus grandes, moins jaunes, isolées, plus élevées que celles de l'impétigo; le suintement est beaucoup moins abondant, et les croûtes, plus sèches, d'une couleur plus foncée, ne se reproduisent que lors d'une nouvelle éruption.

L'impétigo du cuir chevelu pourrait être pris pour le *porrigo*. Les pustules du *porrigo favosa* qui, enchâssée dans l'épiderme, se transforment promptement en une croûte jaune, sèche, disposée en godet; les pustules de même nature du *porrigo scutulata*, qui par leur agglomération le rapprocheraient plus encore de l'impétigo, suffisent bien pour les distinguer; d'ailleurs, ces deux espèces de *porrigo* sont contagieuses, elles font tomber les cheveux, deux circonstances qui n'existent pas pour l'éruption impétigineuse.

Quand l'impétigo complique la *gale*, il suffit de la plus légère attention pour reconnaître les *vésicules*; il faut se rappeler que les pustules, qui ne sont dans la presque totalité des cas que des complications, sont toujours, ou de véritables pustules psydraciées d'impétigo, ou des pustules phlyzaciées d'ecthyma.

On a pris des croûtes épaisses, développées à la face, sur des ulcérations syphilitiques, pour des impétigo; mais, pour commettre une pareille erreur, il faut n'être pas versé le moins du monde dans le diagnostic différentiel des maladies de la peau. Nous avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Biett, un malade qui avait à la figure la *syphilide* la mieux caractérisée, et que l'on traitait depuis plusieurs mois dans un autre hôpital pour un *impetigo figurata*. Des croûtes larges, noirâtres, épais-

ses, très-adhérentes, reposant sur des chairs violacées, entourées çà et là de cicatrices indélébiles, laissant à leur chute des ulcérations profondes; une certaine forme arrondie de l'éruption prise dans la totalité, et un aspect particulier qu'il suffirait certainement d'avoir vu *une seule fois* pour ne s'y jamais méprendre, sont des caractères assez tranchés pour empêcher une erreur aussi grave.

Prognostic. L'impétigo n'est point une maladie qui menace les jours du malade, et par conséquent le prognostic n'est point fâcheux : mais s'il est sans danger, l'impétigo est fort incommode et souvent très-repoussant. En portant le prognostic, on devra surtout se garder de promettre une guérison trop prompte, promesse que le temps dément très-fréquemment. La maladie est plus grave quand elle est déjà ancienne, quand le malade est âgé ou d'une constitution détériorée, quand l'impétigo est aigu, le sujet jeune et robuste.

Traitement. Dans le traitement de l'impétigo, l'utilité des préparations sulfureuses a été admise sur une base beaucoup trop étendue, et trop souvent c'est à elles qu'on a recours dans le début comme à un moyen spécifique. Loin d'être constamment utile, leur emploi intempestif aggrave souvent la maladie, et prolonge de beaucoup sa durée. En général, il ne faut jamais les employer dans les premiers temps.

Lorsque l'impétigo est peu étendu, que les symptômes d'irritation locale sont peu prononcés, il suffit de quelques lotions émollientes avec l'eau de guimauve, la décoction de têtes de pavots, le lait tiède, l'eau de son, une émulsion d'amandes. On donnera au malade quelques boissons rafraîchissantes.

Mais si la maladie était plus étendue, si elle occupait une plus ou moins grande partie de la face, il faudrait

avoir recours à une émission sanguine, soit locale, soit générale, en ayant égard aux forces du sujet. L'une et l'autre sont souvent utiles. La saignée du pied et une ou plusieurs applications de sangsues aux apophyses mastoïdes ou à l'anus, rempliront cette double indication.

Lorsque la maladie occupe une région aussi irritable que la face, il n'est pas nécessaire pour saigner, qu'elle soit à son début ; ce moyen sera encore très-utile dans le cas d'*impetigo figurata* fixé à cette partie, et qui aurait été aggravé par un traitement incendiaire. Les lotions émollientes, et en même temps quelques laxatifs, tels que l'infusion de chicorée avec demi-once de sulfate de magnésie ou de soude par pinte, pourront être employés avec avantage.

Les bains généraux sont aussi très-utiles, même quand la maladie occupe la face; car ils agissent en diminuant l'éréthisme général; mais ils doivent être à 25 ou 27° Réaumur; plus chauds, ils pourraient occasioner une congestion nuisible vers la tête. Lorque l'inflammation est diminuée, on peut remplacer avantageusement les lotions émollientes par des lotions légèrement alumineuses.

Ces moyens simples suffisent dans beaucoup de cas ; et vers la fin du traitement, on peut employer avec avantage les bains et les douches de vapeur ; ils sont surtout utiles lorsque la maladie persiste, et alors ils paraissent agir en changeant le mode de vitalité de la peau.

Dans ces cas, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques, et les purgatifs sont sans contredit ceux qui sont le plus souvent suivis de succès. Bien entendu, on devra avoir égard aux organes digestifs. Les purgatifs les plus employés sont le calomel, le sulfate de magnésie, de soude, le jalap, l'huile de ricin. On peut donner au malade, dans les mêmes circonstances, des boissons aci-

dulces, par l'addition d'un demi-gros à un gros d'acide sulfurique par pinte. On lui fera prendre des bains tièdes, locaux ou généraux, alcalins. On fera sur l'éruption des lotions de la même nature.

On peut alterner les lotions alcalines avec des lotions d'eau acidulée et en particulier avec l'acide hydrocyanique médicinal, à la dose de deux ou trois gros dans une demi-livre d'eau distillée, avec addition d'une demi-once d'alcool rectifié. Il est nécessaire, avant de faire ces différentes lotions, de nettoyer autant que possible les surfaces malades des croûtes qui les couvrent. C'est au moyen de bains tièdes prolongés et souvent répétés que l'on obtient ce résultat.

C'est lorsque la maladie passe ainsi à l'état chronique que les préparations sulfureuses sont surtout utiles, et qu'elles ont eu souvent de si heureux résultats. Les eaux de Barèges, d'Enghien, de Bonnes, de Cauterets, sont les plus généralement employées. On les administre en bains ou bien à l'intérieur, soit seules, soit mêlées avec du lait. Souvent aussi les bains de mer peuvent être très-utiles.

Les bains de vapeur, et surtout les douches que l'on dirige sur les plaques de l'*impetigo figurata*, sont aussi très-utiles dans cette éruption, passée à l'état chronique. Le malade doit se tenir à une certaine distance de la douche, dont la durée sera de dix à vingt minutes.

Ces moyens, combinés et employés avec méthode, triomphent souvent d'impétigo fort rebelles, et il n'est pas nécessaire pour les employer que les individus soient avancés en âge ou affaiblis; on peut les mettre en usage chez des sujets jeunes, forts et robustes, toutes les fois que la durée de la maladie semble l'exiger.

Dans quelques cas, toutes ces médications ne produi-

sent pas le résultat désiré, et c'est alors que l'on a proposé de cautériser les surfaces malades avec un acide affaibli; on a voulu donner la préférence à l'acide hydrochlorique, qui, disait-on, ne déterminait jamais de cicatrices; mais on sait pertinemment qu'il peut en produire, et que tout autre acide peut remplir le même but, qui est de changer le mode de vitalité de la peau. En bornant l'emploi de ce moyen aux cas qui ont résisté aux autres moyens de traitement, on évitera les inconvéniens qui résultent si fréquemment de son usage intempestif; quelquefois même il a été suivi de très-bons effets. Mais ce n'est pas une cautérisation proprement dite que l'on doit se proposer d'obtenir ainsi, soit que l'on ait recours à une dissolution étendue de nitrate d'argent, soit que l'on emploie un acide. On trempe la barbe d'une plume que l'on promène ensuite sur toute la surface malade, et aussitôt après on asperge abondamment, d'eau simple, cette même surface, pour empêcher le caustique de porter trop loin son action.

C'est dans de semblables circonstances que le *protonitrate de mercure*, incorporé dans de l'axonge, a été suivi de succès : la dose est d'un scrupule à un gros par once de graisse, suivant l'excitation que l'on veut produire. Souvent il est bon, quand la maladie est peu étendue, de modifier la vitalité de la peau, en appliquant un vésicatoire sur la surface malade elle-même.

Tous ces moyens peuvent être infructueux; la maladie réclame alors des remèdes encore plus énergiques, et les préparations arsénicales sont quelquefois suivies d'un succès inespéré; la solution de Pearson suffit dans la plupart des cas pour amener une guérison prompte et solide.

Il faut rapporter au genre impétigo deux variétés qui ont été rangées à tort dans le genre *porrigo*, et auxquelles Willan et Bateman ont assigné, pour lésions élémentaires, des pustules spéciales, des *achores* qui, cependant, diffèrent peu des pustules psydraciées de l'impétigo.

Les *achores* sont ordinairement peu étendues, toujours superficielles, à base enflammée, plus ou moins irrégulières, confluentes, et formées par la collection d'un liquide purulent, qui a soulevé l'épiderme. Au bout de quelques jours, les pustules s'ouvrent, et laissent échapper un liquide qui se concrète et se convertit en croûtes larges et brunes, formées de couches superposées, et bien différentes de ces incrustations épaisses qui succèdent aux *favi*.

Ces deux variétés ont été décrites sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata*. M. Biett, leur assignant leur véritable place, les a considérées comme des variétés de l'impétigo.

IMPETIGO LARVALIS.

(Croûte de lait. — *Impetigo.*)

L'*impetigo larvalis* (de *larva*, masque) est caractérisée par une éruption de pustules superficielles d'un blanc jaunâtre, plus ou moins confluentes, réunies en groupes, auxquelles succèdent des croûtes jaunes et verdâtres, tantôt lamelleuses et minces, tantôt épaisses et rugueuses, qui offrent la plus grande analogie avec celles de l'*eczema impetiginodes* ou de l'*impetigo figurata*.

On observe surtout cette maladie chez les jeunes sujets, et principalement chez les petits enfans; elle peut se développer sur toutes les parties du corps, mais les régions qui en sont le plus spécialement le siége sont : le cuir chevelu, les oreilles, les lèvres; et souvent la face se trouve

presque totalement couverte par des croûtes plus ou moins épaisses qui la cachent comme le ferait un masque, d'où lui vient le nom de *larvalis*.

L'*impetigo larvalis* offre beaucoup de variétés qui résultent surtout du degré d'inflammation et de l'épaisseur plus ou moins grande des croûtes.

Chez de très-jeunes enfans, la maladie consiste seulement dans le développement de petites pustules qui, répandues sur le cuir chevelu, sur les tempes, etc., forment bientôt des croûtes, en général minces, mais qui peuvent devenir quelquefois plus épaisses, quand le suintement est abondant; ce sont elles que les auteurs ont désignées sous le nom de croûtes de lait. Dans ce cas, l'affection est des plus bénignes; mais souvent elle est beaucoup plus grave et se montre, soit à la face, soit au cuir chevelu, soit enfin sur ces deux régions, et dans différens points du corps à la fois.

A la face, la maladie débute ordinairement sur le front et sur les joues, par de petites pustules groupées sur une surface enflammée et plus ou moins étendue; de vives démangeaisons accompagnent leur apparition; elles s'ouvrent bientôt, soit spontanément, soit par l'action des ongles; il s'en écoule un fluide visqueux, jaunâtre, qui forme des croûtes minces, molles et d'un jaune verdâtre; le suintement continue; de nouvelles croûtes se forment; les premières augmentent d'épaisseur, et l'on en trouve dans un point, qui sont épaisses, molles et arrondies, tandis qu'elles sont minces et lamelleuses dans d'autres. Quand elles se détachent, elles laissent une surface rouge, très-enflammée, sur laquelle il se forme des croûtes nouvelles; le suintement est quelquefois si abondant que le fluide ne se concrète point, que la surface du derme se trouve pour ainsi dire à nu, et que l'on en voit s'écouler,

par une multitude de petits points, un fluide visqueux, peu épais et âcre.

Quand la maladie offre une certaine étendue, les démangeaisons et les douleurs même sont souvent très-vives; quand elle occupe le front, les joues et le menton, toutes ces parties se recouvrent d'une large croûte épaisse, semblable à un masque; le nez seul et les paupières en paraissent exempts le plus souvent.

Dans d'autres cas, les pustules sont plus volumineuses; elles se développent derrière les oreilles, autour de la bouche, sur le menton, et donnent bientôt lieu à la formation de croûtes épaisses d'un jaune verdâtre. Dans quelques circonstances on voit ainsi toute la bouche entourée de larges et épaisses incrustations jaunes, et qui sont d'un brun foncé dans certains endroits où il se trouve un peu de sang mêlé au fluide desséché; dans ces cas, les mouvemens des lèvres sont singulièrement gênés; d'autres fois c'est derrière les oreilles que ces larges incrustations se forment. Ces croûtes exhalent une odeur nauséabonde; très-souvent les ganglions lymphatiques voisins s'enflamment, et peuvent même suppurer; quelquefois les paupières sont le siége d'une inflammation chronique: il y a souvent coryza et écoulement abondant de mucus par les fosses nasales.

Lorsque la maladie tend à la guérison, le suintement diminue, les croûtes se reforment plus lentement, elles deviennent plus minces, plus blanches, la surface sur laquelle elle repose est de moins en moins rouge, bientôt elles sont remplacées par une desquammation légère, qui elle-même ne tarde pas à cesser, et l'on n'observe plus qu'une petite teinte rosée sur les points qui étaient le siége de l'éruption, et qui se dissipe peu à peu. C'est ainsi que se termine cette variété le plus ordinairement; quelque-

SQUAMMES (1).

Cet ordre comprend : les inflammations chroniques de la peau, caractérisées par la formation, à la surface malade, d'une substance inorganique, lamelleuse, d'un blanc grisâtre, sèche, friable, plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente.

Ces lamelles blanchâtres ont reçu le nom de *squammes*; elles surmontent en général des élevures plus ou moins prononcées, et laissent, après leur chute, la peau rouge et enflammée. Véritable sécrétion morbide de l'épiderme, elles sont bien différentes des *squammes* que l'on observe dans les *affections vésiculeuses*, et qui sont le résultat d'un liquide concrété.

Ces affections suivent toutes une marche chronique; développées le plus ordinairement d'une manière lente, mais quelquefois cependant assez rapidement pour que l'éruption se fasse en deux ou trois jours, elles durent souvent plusieurs mois, et même des années.

Symptômes. Dans le début on observe quelques points de la surface de la peau, rouges, légèrement tuméfiés, isolés et distincts. Quelquefois ces petits centres d'inflammation se rapprochent, se joignent, se confondent, et en même temps qu'ils se recouvrent de squammes, ils affectent telle ou telle forme, et constituent ainsi tel ou tel genre, telle ou telle espèce. Ce développement a presque constamment lieu sans symptômes généraux; le malade même ne

(1) Voyez la planche (n° 6.).

s'en aperçoit la plupart du temps que lorsque les plaques sont formées, ou que l'épiderme est sur le point de se détacher.

Ces éruptions semblent affecter les membres de préférence; cependant on les rencontre aussi sur le tronc et sur la tête; souvent les plaques répandues çà et là et bien distinctes, sont bornées à un petit nombre; mais on les voit aussi occuper un membre tout entier, et même former, pour ainsi dire, une nouvelle enveloppe presque générale.

Quant aux squammes, elles présentent quelques différences suivant les variétés, paraissant, dans tous les cas, être le résultat d'un vice de sécrétion de l'épiderme; tantôt elles sont minces et légères, et ne semblent constituées que par des parcelles de cette membrane devenue sèche et blanchâtre, qui se détachent avec une facilité et une abondance prodigieuses; tantôt plus adhérentes, elles sont formées de portions d'épiderme altéré et épaissi.

Tout cet appareil de symptômes que l'on retrouve dans tous les auteurs, comme accompagnant constamment les affections squammeuses, souvent avec beacuconp d'intensité, existe au contraire très-rarement; et quand par hasard on l'observe, il est toujours très-peu marqué. Seulement les malades éprouvent quelques démangeaisons; encore sont-elles loin d'être constantes. Quelquefois aussi les mouvemens sont gênés dans les articulations, entourées d'un grand nombre de plaques; et lorsque la maladie est ancienne, la région de la peau qui en est le siége, et qui a cessé depuis long-temps ses fonctions, s'altère et s'épaissit.

Causes. Aucune de ces inflammations chroniques de la peau n'est contagieuse; elles peuvent être héréditaires. Une d'elles (l'ichthyose) est le plus souvent congéniale. Elles

cas, on l'observe surtout chez les jeunes enfans : il se manisfeste à l'époque de la première et de la seconde dentition. Les causes sont, dans la plupart des cas, très-difficilement appréciables; s'il se développe chez les enfans mal nourris et débiles, on l'observe aussi fréquemment chez les enfans forts, très-bien portans. Le défaut de soins de propreté peut surtout avoir quelque influence sur son apparition : cette maladie affecte assez souvent les adultes.

Diagnostic. Les caractères indiqués plus haut qui appartiennent au *porrigo favosa* et au *porrigo scutulata* sont certainement assez tranchés pour empêcher qu'on ne les confonde jamais avec l'impetigo larvalis.

Il est encore plus difficile de distinguer l'impetigo larvalis des autres variétés du même genre, ou d'autres éruptions de même nature, telles que l'*eczema impetiginodes* : mêmes élémens, mêmes développemens, même forme des croûtes; seulement le siége à la face et au cuir chevelu et l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation pourraient faire admettre quelque légère différence.

Le *porrigo favosa* de Willan, d'après un passage de Bateman lui-même, n'est qu'un *impetigo figurata*; et M. Burns de Glascow, dans un ouvrage sur les maladies des enfans, décrit, comme une maladie identique, celles qui sont connues sous les noms de *croûte laiteuse*, de *tinea muciflua* ou *teigne muqueuse*, de *porrigo larvalis* et de *porrigo favosa*, mais offrant des variétés suivant l'intensité de l'inflammation. Nous le répétons, il est impossible d'établir des caractères distinctifs entre cette maladie et l'*impetigo* ou l'*eczema impetiginodes*.

Pronostic. Ordinairement, la santé générale n'est point troublée par cette affection; dans quelques cas, cependant, il survient des irritations gastro-intestinales, de la diarrhée : les enfans maigrissent.

En général, le prognostic de l'impetigo larvalis n'est point grave, et cette éruption n'est fâcheuse qu'autant qu'elle est accompagnée ou suivie de quelque affection de viscères plus ou moins importans. Si la maladie durait depuis long-temps, si elle donnait lieu à un suintement très-abondant, elle serait d'autant plus fâcheuse qu'elle se serait développée chez un enfant plus jeune, plus grêle, plus chétif, et placé dans des conditions moins favorables aux soins qu'elle réclame.

Traitement. Dans la plupart des cas, des lotions d'eau tiède, de lait ou d'eau de guimauve, qui réunissent le double avantage d'empêcher les croûtes de s'amonceler et de calmer l'intensité de l'inflammation, constituent tout le traitement; et chez les petits enfans à la mamelle, la meilleure médication à suivre est de conseiller à la nourrice de faire jaillir du lait de son sein, et d'en arroser les surfaces malades. Lorsqu'il existe beaucoup de démangeaison, que l'irritation est vive, il est bon d'avoir recours à des bains entiers tièdes et émolliens. Enfin, il sera souvent utile de faire changer le lait de l'enfant, si cela est possible, ou au moins de lui donner moins à téter et de lui faire prendre un peu d'eau de gruau ou d'eau d'orge.

Quant aux émissions sanguines, on ne les emploiera guère que chez les enfans déjà un peu âgés, de deux ou trois ans par exemple, et quand il y aura beaucoup d'inflammation : une saignée locale faite en appliquant deux sangsues derrière chaque oreille remplira le but proposé.

Pour les jeunes gens et les adultes, le traitement est analogue; seulement si le cuir chevelu et la face étaient le siége d'une irritation très-vive, on pratiquerait une saignée générale, et les sangsues, soit derrière les oreilles, soit aux apophyses mastoïdes, seraient appliquées en plus grand nombre.

On aura soin de couper les cheveux très-courts quand la maladie occupe le cuir chevelu, et l'on appliquera des cataplasmes émolliens de mie de pain et de lait, ou de fécule de pommes de terre et d'eau de guimauve, en ayant soin de les renouveler fréquemment.

Lorsque l'éruption dure depuis quelque temps, qu'elle est assez étendue, il devient nécessaire de modifier l'état de la peau, et pour cela des lotions sulfuro-alcalines dans la proportion d'un gros de *sulfure de potasse* et deux gros de *sous-carbonate de potasse* ou de *soude* dans une livre d'eau, peuvent produire de très-bons effets. Ces lotions et des onctions légères doivent être faites deux ou trois fois par jour.

De légers laxatifs sont quelquefois avantageux : c'est ainsi que l'on peut employer avec succès le sirop de chicorée chez les plus jeunes enfans ; chez ceux qui sont plus âgés, chez les jeunes gens et les adultes, le calomel à la dose de deux ou quatre grains par jour, le sulfate de soude à la dose de deux gros, ou d'une demi-once dans une pinte d'eau d'orge, etc., ont quelquefois amené une prompte amélioration.

Les douches sulfureuses peuvent devenir utiles, et quand la maladie occupe le tronc ou les membres, et qu'elle montre quelque opiniâtreté, on peut faire prendre quelques bains sulfureux alternés avec des bains tièdes émolliens.

Enfin, on a conseillé des exutoires, l'application de vésicatoires aux bras ; mais leur emploi ajoute constamment à l'irritation de la peau.

Dans quelques cas rares, l'apparition de l'impétigo larvalis a paru établir une dérivation utile, sous l'influence de laquelle on a vu s'amender des affections plus graves. Dans ces circonstances, et surtout quand l'abondance du suintement paraît coïncider plus ou moins avec la dispa-

rition de la maladie première, ce n'est qu'avec la plus grande prudence qu'il faut procéder au traitement; et souvent il est utile de s'en tenir, pendant un temps plus ou moins long, à de simples palliatifs et aux soins de propreté.

IMPETIGO GRANULATA.

(Galons.)

L'*impétigo granulata* est caractérisé par la présence au milieu des cheveux de petites croûtes séparées, grisâtres, d'une figure très-irrégulière et très-inégale; ces croûtes ressemblent à ces débris que l'on remarque quelque fois sur ces incrustations épaisses du *porrigo scutulata*, et mieux encore à certains états de l'*impetigo larvolis*, dont l'*impetigo granulata* ne semble être qu'une variété. Elles succèdent à de petites pustules, le plus souvent irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu.

On l'observe surtout chez les enfans et les jeunes gens; mais on le rencontre aussi chez les adultes. Il occupe le plus ordinairement la partie postérieure du cuir chevelu; mais il peut l'envahir tout entier.

Symptômes. L'impetigo granulata se manifeste d'abord par des pustules d'un blanc jaunâtre, accompagnées d'une inflammation assez vive, et de beaucoup de démangeaison : elles sont traversées à leur centre par un cheveu, et s'ouvrent dans l'espace de deux à quatre jours; il se fait alors un suintement assez abondant à la surface malade. Bientôt il se forme des croûtes brunâtres, rugueuses, qui souvent agglutinent plusieurs cheveux ensemble. Ce sont ces croûtes qui, en se desséchant, forment au bout d'un certain temps les caractères qui constituent cette variété.

Elles deviennent dures, bosselées, inégales, elles prennent une couleur brune, ou d'un gris foncé. De petites granulations inégales, sèches, friables, irrégulières, se détachent, et restent éparses çà et là dans les cheveux, qui en sont comme hérissés.

Les cheveux ne sont jamais détruits, seulement, lorsque la maladie est étendue, ils se trouvent réunis en groupes par une agglomération de croûtes. Il s'exhale en même temps, de la tête, une odeur fort désagréable, nauséabonde: cette odeur est quelquefois telle chez des individus d'une saleté extrême, que les endroits dans lesquels ils se trouvent, en sont infectés; ceci du reste n'est qu'accidentel; dans ces cas, des poux pullulent en grande quantité au milieu de ces croûtes et dans les cheveux. Cette odeur n'existe jamais chez les malades qui ont recours aux soins de propreté; les croûtes mêmes alors, la plupart du temps, ne présentent plus leurs caractères distinctifs, et ressemblent entièrement à celles de l'impétigo.

La durée de l'impetigo granulata est très-variable, elle dépasse rarement quelques mois. Abandonnée à elle-même, cette éruption pourrait persister plus long-temps; mais le plus souvent, quand on a recours à un traitement convenable, quelquefois seulement aux soins de propreté, elle cesse au bout de quelques semaines.

Causes. L'impetigo granulata n'est pas contagieux. La misère, la malpropreté, les privations de toute espèce, des habitations malsaines sont autant de causes qui semblent avoir quelque influence sur son développement. Cette variété est peu fréquente, ce qui s'explique facilement par le peu de stabilité de ses caractères, qui reposent sur un état particulier d'une éruption impétigineuse parvenue à une certaine période.

Diagnostic. Le diagnostic de cette affection ne présente

aucune difficulté lorsqu'elle offre ses croûtes rugueuses, brunes, ou d'un gris obscur, ressemblant par leur forme à de petits morceaux de plâtre salis. Cependant il est certains cas où le porrigo scutulata présente une foule de granulations analogues, et même beaucoup de descriptions d'impetigo granulata se rapportent évidemment au *porrigo scutulata*. Toutefois la première ne présente jamais ces larges incrustations épaisses et continues que l'on remarque dans le porrigo parvenu à cet état. D'ailleurs, si l'on fait tomber les croûtes, la forme circulaire des plaques, et la nature des pustules de cette dernière maladie, suffiront bien pour la distinguer. L'impetigo granulata enfin n'est jamais contagieux, et ne détruit pas le bulbe des cheveux. Quant au *porrigo favosa*, indépendamment des autres caractères, il suffira de la couleur de ses croûtes et de leur dépression en godets pour empêcher la moindre erreur.

Il serait plus difficile de distinguer l'impetigo granulata à son début, de l'impetigo larvalis, et des autres variétés de ce genre. En effet, ce sont les mêmes pustules, les mêmes croûtes, etc. Quant à l'apparence particulière que celle de l'impetigo granulata offrent quand elles sont desséchées, on pourrait la regarder comme accidentelle.

Prognostic. Cette maladie est en général peu grave; quelquefois elle est assez rebelle, quoique, le plus ordinairement, beaucoup moins que les autres variétés.

Traitement. Enlever les croûtes, couper les cheveux et mettre à nu les surfaces malades, sont les premières indications à remplir, et il ne faut jamais les oublier, même dans le cours du traitement, quel qu'il soit.

Des lotions et des applications émollientes sont les seuls moyens qu'il soit convenable de mettre en usage dans les

commencemens, en même temps que l'on fait prendre au malade des boissons délayantes et rendues laxatives par l'addition d'une demi-once de *sulfate de potasse*, ou de *magnésie* par pinte, ou de deux gros à une demi-once de *sulfate de soude*, etc. Il est souvent nécessaire de s'en tenir pendant long-temps aux applications émollientes; mais plus tard, quand l'inflammation du cuir chevelu est peu intense, il faut avoir recours aux préparations alcalines, à l'aide desquelles on obtient souvent beaucoup de succès.

Les lotions, les douches sulfureuses, etc., tiennent aussi une place avantageuse dans le traitement, qui du reste est à cette époque tout-à-fait analogue à celui de l'impetigo larvalis, où nous avons indiqué plus au long les moyens qu'il convient d'employer pour changer le mode de vitalité de la peau.

ACNÉ (1).

(Couperose. — *Gutta rosea.*)

Le mot *acné*, de ἄκνη ou ἄκμη, a été donné à cette maladie, parce qu'elle affecte souvent des jeunes gens des deux sexes à l'époque de la puberté. Aétius et plus tard Sauvages ont employé les premiers cette dénomination, qui a aussi été appliquée à cette affection par Willan, et admise par M. Biett.

On désigne par le mot *acné* une affection pustuleuse chronique, caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la base plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent après la disparition de la pustule,

(1) Voyez la planche (n° 4. G).

une petite tumeur dure, rouge, circonscrite, presque indolente, et dont la résolution ne s'opère que lentement, et qui paraît avoir son siége dans les follicules sébacés de la peau.

C'est souvent depuis la puberté jusqu'à l'âge de trente-cinq à quarante ans, que l'on observe cette maladie; mais en général elle est plus intense chez les jeunes gens. Les deux sexes y sont également sujets.

Les pustules de l'*acné* se montrent ordinairement à la face, et en particulier sur la région des masseters et des tempes, à la partie interne des joues, sur le nez et sur le front; on les observe aussi sur le col, sur les épaules et à la partie antérieure de la poitrine; mais le siége le plus fréquent peut-être, est la partie postérieure et supérieure du tronc; dans quelques cas, tout le dos en est parsemé. L'*acné* existe dans cette région chez une foule d'individus dont le visage en est entièrement libre, tandis qu'au contraire, quand elle existe à la face, il est rare que l'on ne la retrouve pas aussi en même temps sur le dos. Jamais les membres n'en sont affectés, si ce n'est dans les cas d'*acné* qui occupe toute la partie postérieure du tronc, et alors il existe quelques pustules le long de la face postérieure des bras.

Willan a admis trois variétés de l'*acné*, qui présentent en effet des différences notables; cependant il est impossible de tirer entre elles des lignes de démarcation bien tranchées; car le même individu peut les offrir simultanément, ou en être affecté à différentes époques; ce sont l'*acne simplex*, l'*acne indurata*, et l'*acne rosacea*. Quant à l'*acne punctata*, admis comme variété distincte par le même auteur, elle n'est autre chose qu'une complication qui peut exister dans les deux premières, et qui consiste dans une accumulation morbide de matière sébacée dans



les follicules qui sécrètent cette substance. L'ouverture de ces follicules offre un point noirâtre, et leur ensemble donne à la maladie une physionomie particulière.

M. Biett a décrit une quatrième variété bien remarquable, sous le nom d'*acne sebacea*.

L'*acné* a été regardée à tort par Willan et Bateman comme une affection tuberculeuse. En effet, les indurations circonscrites de la peau, qui ont reçu le nom de tubercules, et que l'on observe si souvent dans cette maladie, ne sont qu'une terminaison des pustules, et ne constituent point la lésion élémentaire.

Les pustules de l'*acné* paraissent être le résultat de l'inflammation des follicules sébacés, inflammation qui serait produite et entretenue par l'accumulation de la matière sécrétée par ces follicules.

A. L'*acne simplex* affecte surtout les jeunes gens vers l'époque de la puberté : elle se développe sur la région où poussent les favoris, ou bien au front; on l'observe souvent chez les jeunes filles lors de la première apparition des règles. Une foule d'individus jeunes et robustes jouissent d'une parfaite santé tout en offrant aux épaules et à la partie supérieure du thorax cette éruption plus ou moins étendue. Les pustules apparaissent ordinairement les unes après les autres, sous la forme de petits points enflammés, qui deviennent bientôt pustuleux; mais leur base est généralement entourée d'une auréole rouge; elles suivent leur marche isolément, sans aucun symptôme général, et même le plus souvent sans douleur, sans la moindre chaleur locale. Il n'est pas rare de voir des individus être atteints d'une éruption considérable de pustules d'*acne simplex* sur le dos, sans se douter de leur existence. Quelquefois, comme on l'observe souvent au front chez les jeunes filles, les pustules semblent se développer simul-



tanément et en nombre variable ; dans quelques cas toute la face en est recouverte. En général, lorsqu'il en existe un certain nombre, la peau paraît huileuse et luisante ; le travail de la suppuration est lent : elle ne s'établit souvent qu'au bout de huit jours, quelquefois plus tôt ; le pus est en petite quantité : il se forme une très-légère croûte qui tombe promptement, et quelquefois est à peine perceptible ; d'autres fois la suppuration est plus abondante, ce qui a lieu surtout au dos ; la croûte est alors plus épaisse, mais elle se détache bientôt par le frottement des vêtemens. Même lorsque les pustules sont rapprochées, jamais elles ne se recouvrent de croûtes épaisses, comme les pustules de la *mentagre* dans quelques circonstances. La suppuration terminée et la croûte tombée, il reste un point rouge un peu élevé, qui disparaît peu à peu : d'autres fois la rougeur et la tuméfaction persistent ; et si cela a lieu pour un certain nombre, en même temps que d'autres pustules se développent, la maladie se rapproche alors plus ou moins de l'acne indurata, et peut même en offrir tous les caractères.

Les pustules de l'acne simplex sont souvent entremêlées de petits points noirâtres plus ou moins saillans, formés par l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau (*acne punctata*).

B. Dans l'*acne indurata*, l'inflammation a lieu dans toute l'étendue des follicules. La suppuration s'établit plus lentement encore, et après elle, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané offrent des indurations partielles plus ou moins étendues.

Ainsi quelquefois 4 ou 5 follicules enflammés se réunissent, et forment une tumeur, quelquefois de la grosseur d'une aveline.

Cette variété affecte en général la face ; mais on l'observe

aussi très-fréquemment à la partie postérieure du thorax, et nous avons vu plusieurs cas à l'hôpital Saint-Louis, dans lesquels elle occupait toute la partie postérieure du tronc. On la rencontre surtout chez les jeunes gens, mais il est toujours difficile d'en apprécier la cause : fréquemment on voit les individus qui en sont affectés, être forts, robustes et jouir d'une parfaite santé : d'autres fois on la retrouve chez des jeunes gens adonnés à l'onanisme, ou bien chez des personnes qui sont sujettes à des irritations abdominales. Quelques professions semblent y *prédisposer* : telles sont celles qui obligent à tenir la tête basse et rapprochée d'un fourneau.

Cette variété peut être fort légère : quelques points d'inflammation apparaissent aux tempes, sur la région des masseters ; une pustule s'élève lentement, et la suppuration ne s'établit que dans l'espace de deux ou trois semaines, ou bien même, quoique rarement, n'a pas lieu. D'autres pustules se forment, elles suppurent ; la peau qui en constitue la base, reste dure, rouge, et le tissu cellulaire sous-cutané concourt à former une sorte de tubercule ou d'induration chronique. Il peut ainsi s'en développer un nombre limité, et l'affection se borne là.

Mais dans d'autres cas, la maladie est beaucoup plus intense, et les traits du visage sont entièrement bouleversés. On trouve alors la face parsemée de tubercules d'un rouge livide ; ils sont surtout nombreux le long des branches de la mâchoire inférieure, sur les tempes, à la partie interne des joues et sur le nez ; une foule de pustules, soit naissantes, soit à l'état de suppuration, occupent les intervalles de ces tubercules, et sont disséminées sur les autres parties du visage ; ailleurs on trouve des taches rouges, et çà et là des croûtes légères. La peau de la face paraît rouge partout, mais cette rougeur est

plus ou moins vive suivant les régions. Souvent, au lieu de tous ces symptômes, une multitude de points noirs, résultant de l'accumulation de l'humeur sébacée dans les follicules, occupe le nez, les joues, les régions massétériennes, en un mot, tous les intervalles qui existent entre les pustules et les tubercules. La peau est alors luisante et huileuse, le tissu cellulaire sous-jacent est comme hypertrophié, et la difformité est portée au plus haut point. Cependant la santé générale peut rester bonne, et le malade vaquer à toutes ses occupations. Quelquefois il se plaint de céphalalgie et d'une chaleur incommode au visage.

Lorsque l'acné indurata occupe le dos, elle peut être légère, ou bien présenter tous les symptômes que nous venons d'indiquer, sans que le visage soit affecté en aucune façon. Dans ces cas, comme lorsqu'elle occupe la face, la durée de la maladie est très-longue, et il est toujours impossible de la préciser. Que la disparition ait lieu naturellement, ou à la suite d'un traitement approprié, elle ne s'effectue qu'avec une extrême lenteur, et les malades restent toujours très-disposés à être de nouveau atteints de cette affection.

Les pustules de l'acne indurata laissent souvent après elles des traces indélébiles, et il n'est pas rare de trouver des individus dont le dos est parsemé de cicatrices qui sont les restes d'anciennes éruptions de cette nature, plus ou moins répétées, et qui présentent un caracère particulier; elles sont oblongues.

C. La troisième variété, ou l'*acne rosacea*, diffère des précédentes en ce qu'on l'observe en général dans l'âge mûr, et qu'elle est accompagnée d'une rougeur érythémateuse de la peau du visage, plus ou moins prononcée.

C'est cette variété de l'*acné* qui est nommée *couperose* par

les gens du monde. Elle affecte souvent les femmes à l'époque critique, ceux qui s'adonnent à la boisson, à la bonne chère, ceux qui se livrent avec excès aux travaux de cabinet. Elle résulte fréquemment d'une disposition héréditaire ; on l'observe surtout chez les individus pléthoriques qui sont sujets aux hémorrhoïdes.

Chez les jeunes gens qui semblent avoir une prédisposition héréditaire à cette affection, on observe souvent, soit après une exposition prolongée au soleil, soit après un violent exercice ou des excès quelconques, des taches rouges, irrégulièrement circonscrites, situées au visage, et qui occupent tantôt les joues, tantôt le nez et même toute la face, qui offre alors un aspect particulier ; mais cette teinte rouge foncée n'est que passagère ; quelquefois il se développe en même temps plusieurs pustules éparses.

Chez les personnes d'un âge mûr, c'est ordinairement au nez que la maladie débute. L'extrémité de cette partie devient d'un rouge violacé, après un léger excès de régime, quelquefois même après un repas ordinaire et fort simple. Peu à peu cette rougeur du nez devient habituelle et donne à la physionomie un aspect particulier. Quelques pustules s'y développent çà et là ; mais la suppuration ne s'établit pas ou ne s'établit qu'incomplètement, et dans ces points, la rougeur devient plus vive. Quelquefois la maladie se borne au nez ; qui acquiert, dans un certain espace de temps, un volume considérable. Les veinules de la peau deviennent variqueuses : elles forment des lignes bleuâtres irrégulièrement dispersées, qui tranchent avec la couleur rouge ou violacée de la surface malade ; mais le plus souvent cette augmentation de volume du nez n'a pas lieu ; sa forme est seulement altérée ; la maladie s'étend sur les joues, sur le front, le menton, et enfin envahit tout le visage ; la teinte rouge n'est pas également prononcée partout ; elle

l'est davantage dans les points où se trouvent des pustules; la suppuration ne s'y établit jamais d'une manière franche: il reste toujours une sorte d'induration, et la peau conserve une injection plus prononcée. Lorsque la maladie dure depuis quelque temps, la peau du visage devient inégale, rugueuse: et même, si la maladie vient à disparaître, elle ne reprend jamais entièrement son état naturel.

L'*acne rosacea* est assez souvent liée à une affection chronique de l'appareil gastro-intestinal. La rougeur est en général plus marquée le soir, et après le dîner, que dans la matinée. Enfin la maladie peut cesser et revenir sur le même individu, en offrant chaque fois des différences dans son intensité. Les pustules sont assez nombreuses, et la couleur jaune de leur sommet tranche d'une manière remarquable sur la teinte rouge violacée de la peau. Dans tous les cas, les traits du visage sont plus ou moins altérés, et quelquefois l'aspect du malade est repoussant.

Causes. Nous avons indiqué, en parlant de chaque espèce, les causes qui semblent exercer le plus d'influence sur leur développement; tels sont les excès de table, certaines professions qui exigent que la tête soit penchée, et surtout lorsqu'elle est en même temps exposée à une forte chaleur; des affections morales vives, des boissons froides, quelques applications locales, quelques cosmétiques, des lotions irritantes, etc. L'*acne rosacea* paraît être plus particulière à l'âge mûr. Elle est souvent liée à une affection chronique de la muqueuse, soit gastrique, soit intestinale, et, dans quelques cas, à une altération organique du foie. En général, tout ce qui tend à gêner la circulation ou à appeler trop fortement le sang vers la tête, est une cause du développement de cette affection chez les individus qui y sont prédisposés.

geaison plus ou moins vive. Bientôt elles apparaissent sous la forme de petits points légèrement proéminens, le plus souvent de la couleur de la peau : quelquefois cependant ils sont plus rouges, et enfin dans quelques cas de lichen, au contraire (*strophulus*), leur teinte est plus blanche. Peu à peu elles se dessinent davantage, et deviennent très-appréciables au doigt, qui, promené sur l'éruption, perçoit la sensation de petits corps durs et saillans. Elles sont ordinairement assez régulièrement arrondies, le plus souvent discrètes, peu volumineuses dans le *lichen*, plus développées dans le *prurigo*.

Ces éruptions sont rarement accompagnées de symptômes généraux.

Les affections papuleuses se terminent par résolution, par une desquammation légère (c'est le mode de terminaison le plus fréquent), et aussi quelquefois par de petites ulcérations qui, survenues au sommet de chaque papules, changent l'aspect et l'état de la maladie (*lichen agrius*).

Une suite presque inévitable des affections papuleuses en général, c'est une coloration jaunâtre, fauve, sur les points qui ont été long-temps le siége des éruptions. Cette coloration persiste, quelquefois, plusieurs années.

Causes. Aucune de ces maladies n'est contagieuse : elles se développent le plus souvent sans causes appréciables. Quelquefois elles se manifestent évidemment sous l'influence de la misère et de la malpropreté, comme la plupart des *prurigo*.

Diagnostic. Le diagnostic des inflammations papuleuses est en général assez facile; cependant il présente quelquefois des difficultés, surtout quand il s'agit de les distinguer de la *gale* et de certains *eczéma*; mais dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, avec un peu d'attention, on

pourra toujours retrouver la lésion élémentaire primitive (*papule*) même dans ceux ou la maladie aurait été, jusqu'à un certain point, dénaturée par de petites croûtes qui auraient succédé à ces ulcérations, dont nous avons parlé plus haut.

Prognostic. Le prognostic, le plus souvent peu fâcheux, peut quelquefois cependant le devenir, par la durée de la maladie, qui finit par altérer les couches les plus profondes de la peau, et surtout par le prurit de certaines espèces locales que l'on a vu devenir insupportable et déterminer des accidens graves, comme dans le prurigo du pubis par exemple, etc.

Traitement. Quelquefois les affections papuleuses cèdent aux médications les plus simples : souvent au contraire elles sont rebelles et opiniâtres, et même, dans certains cas, elles réclament l'emploi de moyens très-énergiques.

Les papules constituent deux genres, le *lichen* et le *prurigo*.

LICHEN.

Le mot *lichen* du grec λειχὴν, admis par des auteurs latins comme synonyme d'*impetigo*, a été appliqué par les pathologistes anglais, et plus tard par M. Biett, à des affections papuleuses.

Le lichen est caractérisé par des élévations pleines, solides, le plus ordinairement très-petites, quelquefois légèrement rouges, mais le plus souvent de la couleur de la peau, presque toujours agglomérées et accompagnées de prurit.

Le lichen peut être aigu, mais dans la plupart des cas il affecte une marche chronique.

Il peut se développer sur tous les points de la surface

jeune femme avait éprouvé en même temps une affection rhumatismale de toutes les articulations. Dans quelques cas, certaines conditions atmosphériques peuvent contribuer au développement de l'inflammation des follicules. C'est ainsi que chez un négociant de Nantes, que M. Biett a eu occasion d'observer, les follicules de toute la face s'enflammèrent rapidement sous l'influence d'un vent du nord très-vif, auquel il avait été exposé pendant plusieurs heures. Le visage éprouva une sorte de tension assez marquée pendant deux jours, puis la peau se couvrit d'une sécrétion onctueuse abondante, qui ne tarda pas à se transformer en une couche épaisse, adhérente, brunâtre, et couvrant comme un masque toute la partie supérieure de la face. Jusqu'à présent on n'a point de connaissances précises sur les influences que le régime peut exercer sur le développement de cette irritation des follicules.

Diagnostic. — L'acné est ordinairement facile à reconnaître. L'*ecthyma*, les *pustules*, et dans quelques cas les *tubercules syphilitiques*, pourraient seuls être confondus avec cette éruption; mais les pustules d'acné sont petites, leur développement est lent, leur base reste long-temps dure, tandis que celles de l'*ecthyma* sont larges, superficielles, ne s'accompagnent jamais d'indurations chroniques, et forment des croûtes épaisses plus ou moins saillantes que l'on ne retrouve jamais dans l'acné.

L'aspect particulier des *pustules syphilitiques*, qui sont entourées d'une auréole cuivrée, la même teinte qu'offrent les tubercules, qui sont plus larges, luisans, aplatis, distingueront facilement la syphilide de l'acné; d'ailleurs il existe presque toujours dans la syphilis secondaire et constitutionnelle d'autres symptômes qui accompagnent cette maladie. Ainsi l'on trouve presque constamment des tubercu-

les syphilitiques ulcérés à leur sommet, surtout aux ailes du nez, à la commissure des lèvres, et souvent le pharynx et le voile du palais présentent des signes non équivoques de la maladie. Enfin les cicatrices de l'acné indurata pourraient être confondues peut-être avec de petites cicatrices syphilitiques, cependant dans l'acné, elles sont oblongues, et non pas rondes et déprimées, comme les cicatrices syphilitiques; elles sont en outre couronnées de follicules intumescens, mais non enflammés, et la peau présente autour une teinte huileuse.

On ne confondra jamais l'acné avec la *dartre rongeante*, lorsque celle-ci a déjà exercé ses ravages; cependant lorsque, dans son début, elle ne présente encore que quelques tubercules épars sur les joues ou sur le nez, on pourrait épouver quelque difficulté à les distinguer de ceux de l'acné; mais alors il ne se forme pas de pustules comme dans l'acné, et les tubercules sont les premiers élémens de la maladie. Ils ne sont point entourés de cette teinte érythémateuse qui accompagne presque constamment l'acné fixé à cette partie; il ssont plus larges, d'une teinte rosée, aplatis; ils donnent lieu à une desquammation sensible, et sont accompagnés d'une espèce de boursoufflement sous-cutané.

Des praticiens inattentifs ont quelquefois pris l'acné sébacé, recouvrant une partie du nez, pour un *noli me tangere*, et ont gravement proposé des cautérisations profondes ou même l'excision. M. Biett a vu deux cas de ce genre, qui inspiraient aux malades les plus vives inquiétudes, et qui cependant se terminèrent au bout de quelques semaines, par un traitement très-simple.

Les follicules enflammés sont-ils nombreux, répandus sur une grande surface? la couche qui en résulte est-elle très-consistante, épaisse, noirâtre, divisée de manière à présenter l'aspect d'écailles imbriquées? il est possible de

confondre cette maladie avec quelques formes de l'icthyose : cependant cette méprise sera difficile si l'on se rappelle que dans l'icthyose les écailles sont implantées profondément dans le derme par un de leurs bords, qu'elles sont sèches, très-adhérentes, et que pour les détacher il faut en quelque sorte les arracher, ce qui n'a jamais lieu pour la couche sébacée. Toutefois nous avons dû mentionner ces différences, puisqu'il y a des exemples de cette méprise.

Prognostic. Le prognostic varie suivant telle ou telle variété. Ainsi l'*acne simplex* est souvent de peu de durée, et n'est accompagnée d'aucun inconvénient. L'*acne indurata* est beaucoup plus incommode, surtout lorsqu'elle est étendue, et offre une certaine intensité ; elle est très-souvent rebelle à tous les moyens de traitement. Enfin l'*acne rosacea* est une affection que l'on vient rarement à bout de guérir. Du reste, le prognostic devra varier suivant l'ancienneté de la maladie, la constitution de l'individu, son âge, etc., etc.

Traitement. Le traitement de l'acné offre des différences notables, non-seulement suivant la variété que l'on est appelé à combattre, mais suivant ses causes, l'état de la constitution du sujet et l'ancienneté de la maladie.

Lorsque les pustules sont peu nombreuses dans l'*acne simplex*, elles méritent à peine attention ; mais quand l'éruption est abondante, il faut avoir recours à divers moyens généraux et locaux. Ainsi un régime adoucissant; pour boisson, du *petit lait* ou une *infusion de chicorée*, devront être conseillés au malade, en lui recommandant en outre de cesser l'usage du vin, des liqueurs, du café. On pratiquera une saignée si le sujet est jeune et vigoureux, surtout si la maladie affecte des jeunes personnes à l'époque de la première apparition des règles ; et même

alors on cherchera à provoquer cette évacuation par des bains de siége, par l'application de sangsues à la partie supérieure et interne de chaque cuisse, ou en dirigeant une vapeur chaude sur les parties génitales; des lotions faites avec de l'eau de son, une émulsion d'amandes amères, le lait tiède ou une décoction de semences de coings, seconderont efficacement le traitement. Lorsqu'il reste des indurations chroniques, il faut mettre en usage les moyens propres à hâter leur résolution, et que nous indiquerons au traitement de la variété suivante.

Dans l'*acne indurata*, la saignée, soit locale, soit générale, est presque toujours utile, même chez des individus qui, au premier coup d'œil, ne paraissent pas d'une constitution robuste; on la répétera une ou plusieurs fois s'il y a lieu; on insistera aussi sur un régime adoucissant, et des boissons rafraîchissantes.

Mais ici il faut avoir recours à d'autres moyens pour hâter la résolution des tubercules, et imprimer à l'éruption chronique une marche plus aiguë. Ainsi on emploie des lotions faites avec l'eau distillée de roses rouges, de petite sauge, de lavande, dans laquelle on ajoute une proportion d'alcool qui doit varier selon l'état des pustules; elle sera d'un quart, d'un tiers, et même d'une moitié, si l'on cherche à déterminer un accroissement sensible de l'irritation. Une moyen, souvent très-utile dans ces cas, c'est une lotion avec légère dissolution de sublimé corrosif à la dose de cinq à six grains dans une demi-livre d'eau distillée, à laquelle on peut ajouter une once d'alcool rectifié. La liqueur de Gowland, tant employée à Londres dans cette affection, ne paraît être autre chose qu'une dissolution de cette préparation mercurielle avec addition d'une substance émulsive.

Un autre moyen fort avantageux encore consiste dans

réunies en grand nombre, saillantes, comme acuminées; la surface qu'elles occupent, ordinairement peu étendue, est entourée elle-même d'une rougeur inflammatoire très-prononcée, accompagnée d'une chaleur et d'une tension douloureuses; les élevures solides augmentent de volume, et l'inflammation, bien loin de diminuer du quatrième au cinquième jour, semble augmenter encore; le sommet des papules devient le siége de petites ulcérations, il s'en écoule un liquide séro-purulent, qui se concrète, et forme de véritables petites croûtes jaunâtres proéminentes, un peu rugueuses, mais molles et peu adhérentes; ces croûtes tombent et sont remplacées par des squammes assez minces. Quelquefois alors la rougeur diminue, l'inflammation s'apaise, il s'établit une petite desquammation, et la maladie se termine au bout de douze ou quinze jours : mais le plus souvent un liquide plus ou moins abondant est sécrété sans cesse ; les squammes tombent, et se reforment tour à tour.

Le lichen agrius est accompagné de démangeaisons quelquefois si vives que le malade ne trouve pas de corps assez durs pour se frotter la peau : quelquefois il est aggravé par des exacerbations douloureuses et des éruptions nouvelles. Il peut durer ainsi plusieurs septénaires ; quelquefois enfin le lichen agrius passe tout-à-fait à l'état chronique : la quantité du liquide séro-purulent sécrété devient de moins en moins abondante, les squammes deviennent plus sèches ; elles sont remplacées par une exfoliation farineuse : cet état, qui est accompagné d'un épaississement de la peau, souvent très-considérable, peut durer des mois entiers.

Le lichen simplex peut passer à l'état de lichen agrius: le malade éprouve, au lieu du prurit habituel, une cuisson et une chaleur insolites. Les papules semblent devenir

confluentes ; elles s'entourent d'une petite auréole rougeâtre ; elles-mêmes deviennent rouges, et l'éruption suit alors la même marche que le lichen agrius spontané ; dans ce cas, quelquefois, toute l'éruption ne participe pas à l'inflammation, qui, d'ailleurs, est toujours moins vive, de moindre durée, et qui, dans ces circonstances, loin d'être fâcheuse, imprime souvent à la maladie une marche salutaire.

Le lichen agrius se développe assez souvent à la face ; il est rarement général ; on l'observe le plus ordinairement, chez les jeunes gens, chez les adultes sanguins et vigoureux.

Causes. Le lichen affecte tous les âges, depuis l'enfant à la mamelle jusqu'aux vieillards, et les deux sexes ; on l'observe surtout en été et au printemps ; les températures élevées influent sur son développement d'une manière remarquable : à la face il est souvent produit par l'ardeur du soleil ; il est très-fréquent dans les régions tropicales, et l'on a même fait pour ces cas, et à tort, une espèce particulière (*lichen tropicus*) ; il est quelquefois le résultat de veilles prolongées, d'affections morales vives, d'écarts de régime, surtout d'abus de boissons alcooliques. Quelques causes semblent produire certaines espèces locales : aux mains, par exemple, on l'observe souvent chez des gens qui manient habituellement des substances pulvérulentes, du sucre, etc., surtout chez les épiciers ; on le rencontre encore aux bras, aux avant-bras chez les cuisiniers, les forgerons, exposés à un foyer ardent ; enfin il semble quelquefois être le résultat de phlegmasies intérieures, surtout chez les enfans.

Diagnostic. Le diagnostic du lichen est souvent très-difficile : le *lichen simplex* peut surtout très-bien être confondu avec l'*eczema*, la *gale* et le *prurigo* ; mais le

sont beaucoup moins avantageux ici, et peuvent même devenir nuisibles.

Dans l'*acne rosacea* toute la médication consiste presque dans les moyens hygiéniques. L'éloignement de toutes les causes qui ont pu exercer de l'influence sur son développement, telles que des excès de table, des liqueurs spiritueuses, du vin, etc.; une vie sobre et régulière, un régime doux, habituellement composé de viandes blanches, de légumes frais, de fruits aqueux et fondans; le soin constant d'éviter les exercices fatigans, les travaux du cabinet, le séjour prolongé dans les lieux chauds, ou près du feu, les affections vives de l'âme, etc., sont les règles hygiéniques sur lesquelles on devra surtout compter.

On a recommandé l'immersion prolongée des jambes dans de l'eau chaude, à laquelle on ajoute deux onces d'acide nitro-muriatique pour huit à dix litres d'eau; ce moyen peut être employé comme un auxiliaire utile.

Enfin, dans les cas où il y aurait des tubercules bien indolens, on pourrait avoir recours à des douches de vapeur dirigées sur la face, et même on pourrait faire faire de légères frictions ou lotions résolutives.

Dans l'*acne sebacea* quand elle occupe une surface peu considérable, on peut espérer une modification plus facile et plus prompte que lorsque la phlegmasie est très-étendue. M. Biett a vu plusieurs fois des irritations folliculeuses de la face céder au bout de quelques semaines à l'emploi des douches de vapeur, dirigées pendant quinze à vingt minutes sur les parties malades. Sous l'influence de ce moyen efficace, la croûte sébacée se ramollisait promptement, et se détachait avec facilité: celle qui lui succédait était en général plus légère, moins consistante, et se détachait souvent d'elle-même. Quelques lotions avec des infusions narcotiques, et plus tard rendues styptiques par

l'addition du sulfate d'alumine, ou de quelques acides végétaux, contribuaient encore à rétablir ces organes dans leur état naturel.

MENTAGRE.

(*Sycosis menti.*)

La *mentagre* est caractérisée par l'éruption successive de petites pustules acuminées, à peu près semblables à celles de l'acné, disséminées sur le menton, les régions sous-maxillaires et les parties latérales de la face.

La mentagre est essentiellement pustuleuse, et ce caractère est facile à reconnaître; il a cependant été méconnu par plusieurs pathologistes anglais, tels que Willan, Bateman, M. Plumbe, etc., qui regardent les tubercules comme les élémens primitifs, tandis qu'ils ne sont que consécutifs, qu'ils sont loin d'exister dans tous les cas, et qu'enfin c'est constamment par les pustules que la maladie débute.

Symptômes. La mentagre se développe surtout chez les adultes, bien qu'on l'observe quelquefois chez des hommes avancés en âge. Il est rare qu'avant de se déclarer d'une manière franche, elle n'ait pas été précédée, au moins pendant quelques mois, souvent pendant plusieurs années, par quelques petites éruptions partielles, passagères, soit sur la lèvre supérieure, soit sur le menton, soit dans la région sous-maxillaire; les pustules disparaissent promptement, et les croûtes qui les remplacent se dessèchent et tombent en quelques jours. Plus tard, les éruptions deviennent plus abondantes, et alors seulement les malades y font attention; elles ont lieu le plus souvent sous l'influence de quelque scauses occasionelles plus ou

moins appréciables, à la suite d'excès de boissons, par exemple.

Presque toujours l'apparition des pustules est précédée de rougeur et de chaleur au menton, avec un sentiment de tension douloureuse; bientôt on aperçoit des points rouges plus ou moins nombreux, qui deviennent pustuleux dans l'espace de un à trois jours; ces pustules sont acuminées et le plus souvent discrètes; mais quand elles sont rassemblées en groupes, et que leur nombre est un peu considérable, la lèvre supérieure et une grande partie du menton se trouvent couvertes de petites tumeurs saillantes, les unes plus volumineuses, les autres moindres, traversées dans leur centre par un poil, et renfermant un pus d'un blanc jaunâtre. Les pustules restent dans cet état pendant six ou sept jours, et donnent à la physionomie un aspect particulier; elles finissent par se rompre et se couvrent peu à peu de croûtes brunâtres et un peu épaisses; mais il ne se fait pas de suintement comme dans l'impétigo. Insensiblement les croûtes se détachent, et la maladie cesse entièrement du dixième au quinzième jour, si une nouvelle éruption n'a pas lieu. Le plus ordinairement il se fait successivement des éruptions partielles, et le peau devient le siége d'une inflammation chronique, soit dans des points circonscrits, soit sur une surface un peu étendue, lorsque l'éruption est abondante; en général, la peau sur laquelle les pustules se développent s'enflamme profondément, et avec elle le tissu cellulaire sous-cutané; il y a alors beaucoup de chaleur, des douleurs vives, et même les croûtes, quelquefois épaisses, dans quelques circonstances, sont pendantes au milieu des poils.

L'étendue de l'éruption est très-variable; elle est quelquefois bornée à la lèvre supérieure, d'autres fois à un des

côtés du menton; dans quelques cas elle n'occupe qu'une portion de la région sous-maxillaire: dans d'autres les parties latérales de la face sont seules affectées; enfin tous ces points peuvent être envahis simultanément. Souvent l'éruption ne se fait pas à la fois, et plusieurs pustules se développent, disparaissent, et sont suivies par d'autres pendant un temps variable. Ordinairement alors, la peau devient rugueuse, et l'épiderme se soulève sous la forme de petites exfoliations blanchâtres, au milieu desquelles on voit apparaître çà et là de nouvelles pustules.

Dans beaucoup de cas l'inflammation est loin d'être franche; la résolution ne s'opère qu'imparfaitement, et il s'établit des engorgemens tuberculeux plus ou moins étendus. Cette forme particulière de la maladie a lieu surtout chez les sujets faibles, chez les vieillards et chez les individus en apparence forts et robustes, mais dont la constitution est plus ou moins détériorée. Ces engorgemens chroniques offrent une foule de variétés: ils sont quelquefois volumineux, et égalent presque la grosseur d'une cerise; dans quelques cas, malgré l'existence des tubercules, l'inflammation devient plus vive; alors des pustules, des croûtes, des squammes et des tubercules, occupent toute la partie inférieure de la face, qui, tuméfiée, est devenue tout-à-fait saillante; on en retrouve même sur tous les points de la figure où il existe des poils, sans en excepter les sourcils. Souvent sur ces tubercules il se développe des pustules; mais il est inexact d'avancer, comme le fait M. Plumbe, qu'une matière purulente est contenue dans le centre de chaque tubercule.

Dans quelques cas l'inflammation peut être très-vive dans un seul point, et là gagner le tissu cellulaire et produire une inflammation phlegmoneuse.

En général, lorsque la maladie dure long-temps, les

liaires dans le traitement de la lèpre, en général les médications extérieures, surtout celles qui ont été si vantées par les anciens, et qui consistaient en lotions, applications, etc., dans lesquelles entraient toujours des médicamens très-irritans, tels que la *racine de brione*, l'*alun calciné*, etc., sont constamment inutiles, et quelquefois même ne sont pas sans inconvéniens; elles pourraient tout au plus réussir dans quelques cas rares où la maladie est bornée à de très-petites surfaces. Ceci s'applique très-bien à ces lotions alcoolisées, etc., et surtout à ces topiques d'*onguent de poix blanche*, ou d'*onguent de goudron*, etc., qui ont été recommandés en Angleterre. Indépendamment de leur inefficacité réelle, on conçoit facilement quelle valeur ces petits topiques d'*onguent de poix* pourraient avoir dans les cas si nombreux où la lèpre couvre non-seulement les membres, mais encore le dos, le ventre, etc. Tous ces moyens, qui sont les fruits de l'imagination plutôt que les résultats de la pratique, doivent donc être rejetés, et avec eux les *vésicatoires* et les *cautérisations*.

Parmi les applications extérieures, cependant, nous en citerons une que nous avons vu employer avec beaucoup de succès, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Biett, dans plusieurs maladies de la peau, et entre autres dans la lèpre: c'est une pommade essentiellement résolutive, composée d'*iodure de soufre*, incorporée dans l'*axonge*, à la dose de douze ou quinze grains par once de graisse. Cette préparation peut être portée graduellement jusqu'à un demi-gros.

Ce moyen peut être mis en usage dans une lèpre récente chez les individus faibles, et qui ne pourraient supporter un traitement énergique; du reste, les succès dont nous avons été témoins nous font croire qu'il peut avantageusement occuper sa place dans la thérapeutique des mala-

dies de la peau. Pendant que le malade est en même temps à l'usage d'une tisane amère, il fait matin et soir des frictions sur plusieurs plaques à la fois ; peu à peu, il s'établit une vitalité plus grande, la peau s'enflamme, les squammes tombent, les élevures s'affaissent ; au bout de quelques jours la résolution est complète, et la peau a repris son état naturel ; alors on attaque les plaques nouvelles.

Les bains sont tous plus ou moins utiles dans le traitement de la lèpre, mais aucuns ne pourraient seuls en amener la guérison complète. On a vanté avec raison les bains sulfureux et les bains de mer. Sans doute ils peuvent modifier avantageusement la marche et l'état de l'éruption, mais de tous ceux qui agissent d'une manière plus sûre et plus constante, ce sont les bains de vapeur : ils rendent la circulation plus active, la peau s'anime, la sueur vient l'humecter, elle détache les squammes, au dessous desquelles on la voit s'écouler, quoique plus difficilement que sur la peau saine. Bien loin de répondre aux succès qu'on s'est plu à leur attribuer, les fumigations sulfureuses ne produisent que des modifications passagères, et échouent dans la plupart des cas.

Une maladie aussi rebelle que la lèpre ; une maladie qui occupe souvent une grande partie de l'enveloppe tégumentaire, ne saurait donc le plus ordinairement être attaquée avec avantage par les médications extérieures, qui sont presque constamment infructueuses, et très-souvent inapplicables. Il a fallu avoir recours à un traitement interne, et la thérapeutique a fourni des moyens énergiques, auxquels elle ne résiste point dans la grande majorité des cas.

L'*ormie pyramidal*, le *daphne mesereum*, le *daphne cnidium*, la *poudre d'ellébore*, le *rhus radicans*, etc., ont été vantés tour à tour, et n'ont pas toujours mérité les

de la peau : elles sont le plus souvent isolées et discrètes. Dans l'*impétigo*, les pustules s'ouvrent du troisième au quatrième jour, et laissent suinter un fluide qui forme promptement, par sa dessication, des croûtes larges, épaisses, d'un jaune éclatant. Dans la mentagre, les pustules ne s'ouvrent guère que du cinquième au septième jour de leur apparition; les croûtes qui les remplacent sont d'un brun foncé, beaucoup plus minces et plus sèches que celles de l'impétigo; enfin dans cette dernière affection on ne rencontre jamais de tubercules comme dans la mentagre.

Tous ces symptômes peuvent être difficiles à apprécier lorsque l'éruption est très-nombreuse, l'inflammation très-vive, et que les pustules sont plus ou moins confondues; il est souvent nécessaire, dans ces cas, de suspendre son jugement, et de suivre la marche de la maladie.

Les *pustules syphilitiques* se distinguent de celles de la mentagre par l'absence de la chaleur, de la douleur et de la tension; elles sont aplaties, s'élèvent sur un fond cuivré, violacé, et leur marche est bien plus lente. Les pustules de la mentagre sont acuminées, leur base est d'un rouge vif; d'ailleurs il est rare que les pustules syphilitiques ne se manifestent que sur la partie inférieure de la face; on les trouve presque toujours sur les ailes du nez, sur le front et aux commissures des lèvres.

Les *tubercules syphilitiques* diffèrent des indurations chroniques, qui succèdent si souvent aux pustules de la mentagre, en ce qu'ils sont luisans, d'une couleur terne, cuivrée, et semblent n'affecter que les couches superficielles du derme, tandis qu'au contraire les tubercules de la mentagre sont conoïdes, et leur base paraît implantée profondément dans la peau; enfin le plus ordinairement

ces éruptions vénériennes sont suivies de cicatrices, et accompagnées de douleurs ostéocopes, d'inflammation de la gorge, etc., etc.

On confondrait bien plus difficilement la mentagre avec les *furoncles*, qui offrent un bourbillon, et laissent de petites cicatrices.

Prognostic. La mentagre n'entraîne jamais aucune suite fâcheuse, mais on doit être réservé sur le prognostic, surtout avant de promettre une prompte guérison. Plus les éruptions sont fréquentes et successives, plus la durée de la maladie sera prolongée.

Traitement. Dans le traitement de la mentagre, la première indication à remplir, c'est d'éloigner les causes qui semblent avoir exercé quelque influence sur le développement de la maladie, surtout si elle affecte des individus qui se livrent à des excès de boisson, ou sont par profession exposés à l'ardeur du feu; de même il faudra écarter tout ce qui tendra à entretenir ou à aggraver l'éruption: ainsi le malade devra éviter de passer le rasoir, et il coupera sa barbe avec des ciseaux.

Lorsque l'éruption est abondante et l'inflammation très-vive, on devra faire une ou plusieurs applications de sangsues, soit derrière les oreilles, soit sous la mâchoire. Si l'individu était fort et robuste, on pourrait pratiquer aussi une saignée générale; en même temps des fomentations émollientes, des cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de mie de pain seraient employés avec avantage. Les émissions sanguines locales, et surtout les émolliens, ne doivent pas être bornés aux cas évidemment aigus. Cette médication est encore d'une grande utilité toutes les fois que, malgré la durée de la maladie et la présence d'indurations chroniques de la peau, il existe une inflammation plus ou moins vive; un régime adoucissant,

l'usage de boissons rafraîchissantes, devront seconder l'emploi de ces moyens.

Les laxatifs conviennent toujours, à moins de complication d'irritation gastro-intestinale; l'acétate de potasse, le calomel, à la dose de quatre grains; le sulfate de potasse, de soude, de magnésie, à la dose de deux gros à demi-once dans une pinte de tisane, sont ceux que l'on emploie le plus communément; il faut en continuer longtemps l'usage, au moins jusqu'à ce qu'il y ait un mieux marqué.

Lorsque la maladie dure depuis un certain temps, que les tubercules sont volumineux, et que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané offrent çà et là des engorgemens chroniques plus ou moins étendus, c'est en vain que l'on appliquerait des émolliens : il faut avoir recours à d'autres moyens, entre autres à des frictions résolutives, faites avec une pommade de *protochlorure ammoniacal de mercure*, ou bien de *deutoxyde* ou de *sous-sulfate de mercure*, à la dose d'un scrupule à un gros par once d'axonge.

A ces moyens on ajoutera avec un grand avantage l'usage des bains de vapeur et celui des douches, soit des douches sulfureuses en arrosoir, ou mieux encore des douches de vapeur. Sous l'influence de ces bains, et surtout des douches de vapeur, la circulation devient plus active, les parties malades sont baignées de sueur, et souvent on voit les tubercules se résoudre avec une promptitude étonnante. Nous avons observé ces heureux effets dans une foule d'occasions à l'hôpital Saint-Louis.

Si l'éruption recommençait abondamment, on suspendrait l'usage des frictions, qu'il ne faudrait pas cesser pour quelques pustules apparues çà et là.

Les cautérisations, soit avec le nitrate d'argent fondu, soit avec des acides concentrés, ne pourraient être em-

ployées que dans le cas où la maladie serait devenue tout-à-fait chronique; encore peut-on avancer qu'en général c'est un moyen auquel il vaut mieux n'avoir pas recours.

Enfin, dans certaines circonstances où tous les moyens rationnels avaient échoué, nous avons vu réussir, à l'hôpital Saint-Louis, des médications tout-à-fait différentes; ainsi nous avons observé des malades qui ont guéri par l'emploi des *toniques*, surtout des préparations ferrugineuses; chez d'autres, le *muriate d'or* a été suivi d'un succès assuré; M. Biett l'administrait à la dose de deux sixièmes, et ensuite de trois sixièmes, en frictions sur la langue.

Enfin les préparations mercurielles à l'intérieur, et surtout le *sirop de Larrey*, ont amené quelquefois une guérison prompte et solide.

PORRIGO (1).

Les anciens caractérisaient le genre *porrigo* par des ulcères qui pénétraient le cuir chevelu, et le détruisaient; d'autres le regardaient comme constitué par des affections crustacées; les modernes sont arrivés à observer que le plus souvent ces ulcères étaient précédés de pustules.

Aussi a-t-on désigné sous le nom générique de *porrigo* des éruptions de *pustules psydraciées* contagieuses, qui ont pour siége spécial le cuir chevelu, mais peuvent s'étendre sur le reste du corps.

Willan, sous le nom de porrigo, a décrit six variétés : le *porrigo larvalis*, le *porrigo furfurans*, le *porrigo lupinosa*, le *porrigo scutulata*, le *porrigo decalvans* et le *porrigo favosa*.

(1) Voy. la planche (n° 4. H.).

ployées avec le plus d'avantage sont la *solution de Pearson* et la *solution de Fowler*. On administre la première, d'abord à la dose d'un scrupule, puis un peu plus tard d'un demi-gros jusqu'à un gros, et la *solution de Fowler* à la dose de trois gouttes d'abord dans un véhicule inerte, le matin à jeun, puis tous les cinq ou six jours on augmente de deux ou trois gouttes seulement. On peut aller ainsi jusqu'à douze ou quinze gouttes; mais il est prudent de ne pas dépasser ce terme, et souvent, comme pour la teinture de cantharides, il est bon d'en interrompre l'usage de temps en temps; lorsqu'on veut l'administrer de nouveau, il faut recommencer non pas par les doses auxquelles on s'était arrêté, mais dans des proportions minimes. Quelquefois la *solution de Fowler* réussit très bien quand la *solution de Pearson* a échoué.

S'il survenait quelques symptômes d'inflammation gastro-intestinale, il faudrait se garder d'insister sur l'usage de ces deux préparations; mais, en ayant égard à l'état des organes digestifs, on aurait tort de refuser au malade un moyen précieux sur les craintes chimériques de quelques médecins trop pusillanimes. Les préparations arsenicales peuvent être dangereuses, il est vrai, dans des mains imprudentes et inhabiles; mais, administrées sagement, elles ne peuvent, d'une part, occasioner aucun accident, et de l'autre, elles sont souvent des moyens héroïques. Ici, par exemple, leurs effets sont constans; ils consistent d'abord dans un surcroît d'activité dans l'éruption; les plaques deviennent chaudes et animées, le centre se guérit, les bords se brisent, s'affaissent peu à peu, et souvent, en moins de deux mois, on voit disparaître entièrement une maladie grave, invétérée, qui existait depuis plusieurs années.

Le traitement hygiénique seul ne saurait, dans aucun cas, suffire pour guérir la lèpre; mais il est utile pour

maintenir la guérison. Ainsi, les malades devront se soustraire à l'influence des causes que l'on aura soupçonnées de l'avoir produite; souvent ils devront renoncer à leur profession. Il sera surtout indispensable qu'ils observent un régime sévère, et qu'ils évitent l'abus des boissons alcooliques; enfin ils devront de temps en temps prendre quelques bains, pour entretenir et activer les fonctions de la peau.

C'est faute de ces précautions qu'il survient quelquefois des récidives que l'on ne manque pas d'attribuer au peu d'efficacité du traitement. Nous avons vu, dans les salles de M. Biett, des malades, pour ainsi dire ivrognes de profession, ou bien qui exerçaient un état qui avait agi plus ou moins directement sur le développement de leur maladie, rester à l'hôpital deux ou trois mois après une entière guérison sans qu'il reparût la moindre trace de l'éruption, et revenir quinze jours ou trois semaines au plus après leur sortie, couverts de nouveau des plaques de lèpre. La maladie avait été évidemment reproduite ou par des écarts de régime, ou par l'influence de leur profession.

PSORIASIS (1).

Psoriasis vient de *psora*, mot ancien, employé jadis dans deux sens : 1° Pour des formes humides (ψωρα ἑλκώδης) qui se rapportent à l'*eczéma*, à l'*impétigo*; 2° pour des formes sèches (ψωρα), mais dans lesquelles il est facile de reconnaître le *prurigo* ou le *lichen*. Willan lui a rendu son véritable sens, qui a été adopté par M. Biett.

Le genre psoriasis est caractérisé par des plaques plus

(1) Voyez la planche (n° 6. L.).

de cette affection avec la desquammation furfuracée que l'on observe quelquefois à la suite d'autres inflammations de la peau.

Ainsi, dans la desquammation qui a lieu à la suite de certains exanthèmes, ce ne sont pas de petites parcelles d'épiderme, remplacées immédiatement par d'autres; ce sont de larges surfaces qui se dépouillent, pour ainsi dire, à la fois, et qui laissent apercevoir des portions étendues de peau saine, entourées d'un liseré blanchâtre très-irrégulier, qui forme la limite de l'épiderme sain, et celle de la cuticule qui n'est point encore tombée. D'ailleurs, les symptômes qui auraient existé ne laisseraient pas longtemps dans le doute.

Il se fait quelquefois une desquammation à la suite de l'*eczéma chronique* et du *lichen;* mais les vésicules d'une part, les papules et l'épaississement de la peau de l'autre, auront été suffisans pour éclairer le diagnostic; d'ailleurs, l'exfoliation n'est pas tout-à-fait la même, et surtout les squammules ne sont plus remplacées, comme cela arrive dans le *pityriasis*.

La largeur, l'irrégularité, et surtout la coloration des *éphélides* et de quelques altérations de ce genre, dont on a fait à tort des variétés du *pityriasis*, suffiront pour en faire des maladies distinctes.

Enfin on évitera de confondre cette éruption avec certaine forme de l'*icthyose*, qui pourrait en imposer pour elle, en se rappelant que, dans ce dernier cas, la maladie n'est pas bornée à une altération de l'épiderme, mais que la peau est plus profondément atteinte, qu'elle est rude, épaisse, rugueuse au toucher; que dans le *pityriasis*, au contraire, elle est plutôt ramollie; que les squammes ont une teinte grisâtre, tandis qu'elles sont blanches dans le *pityriasis*;

relle; les lames épidermiques tombent, mais sont bientôt renouvelées. Il se manifeste souvent au printemps et à l'automne, pour disparaître le plus ordinairement dans l'été et pendant le froid.

Cette variété n'est pas rare : on la rencontre le plus souvent chez les adultes ; elle est comparativement peu grave.

2° *Psoriasis diffusa*. Le psoriasis diffusa se manifeste par des plaques beaucoup plus étendues, plates, anguleuses, tout-à-fait irrégulières. Dans le début, ce sont aussi de petites élévations séparées, des espèces de papules rouges, qui ne tardent point à se confondre; et bientôt ce ne sont plus des disques squammeux distincts, mais bien de larges surfaces informes, recouvertes de squammes plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes.

Bien qu'on puisse l'observer sur toutes les parties du corps, le psoriasis diffusa occupe spécialement les membres; il n'est pas rare de le voir couvrir d'une seule plaque continue toute la partie antérieure de la jambe, ou la face postérieure de l'avant-bras : les coudes et les genoux surtout en sont constamment affectés, et même souvent il a entièrement disparu depuis long-temps de tous les autres points qu'il occupait, que, fixé à ces deux régions, il résiste encore aux divers moyens employés pour le combattre.

Dans quelques cas rares, le *psoriasis diffusa* peut présenter à la fois une foule de plaques dans des régions différentes, et nous l'avons vu à l'hôpital Saint-Louis occuper chez le même individu une grande partie du dos, de l'abdomen, les bras, et s'étendant sur les doigts, y former des espèces d'étuis à moitié soulevés, et dont les bords détachés et plus blancs que le centre, laissaient voir au-dessous d'eux une surface très-rouge et polie.

fondent avec d'autres incrustations ; encore observe-t-on plus ou moins cette dépression au centre. Il est essentiellement contagieux.

Cette maladie occupe spécialement le cuir chevelu; mais elle peut se développer au front, aux tempes, sur le menton, aux sourcils; cependant dans la plupart de ces cas, elle existait préalablement au cuir chevelu, et elle s'est étendue de là sur toutes ces parties. Nous l'avons vue plusieurs fois, à l'hôpital Saint-Louis, fixée aux épaules, à la partie inférieure des omoplates, aux coudes, aux avant-bras, au devant des genoux, à la partie externe et supérieure des jambes, de la cuisse, et au scrotum. Quand elle occupe le tronc, c'est surtout à la partie postérieure qu'on l'observe, bien qu'elle puisse affecter l'abdomen. Enfin les mains peuvent aussi en être atteintes, et la maladie alors provient presque toujours d'un contact immédiat.

Symptômes. Le porrigo favosa débute par des pustules extrêmement petites; à peine les aperçoit-on le premier jour. Elles apparaissent sous la forme de petits points jaunes ; elles restent toujours au niveau de la peau, et semblent enchâssées sous l'épiderme. A peine se sont-elles développés, que déjà le peu de matière jaunâtre qu'elles renferment se concrète, et on peut apercevoir, soit à l'œil nu, soit au moyen d'une loupe, une très-légère dépression centrale, qui ne tarde pas à devenir plus apparente à mesure que les croûtes augmentent de volume, et qui est très-appréciable au bout de cinq à six jours. Les pustules sont le plus souvent isolées dans le principe ; quelquefois, au contraire, elles sont groupées et se multiplient de manière à former une surface continue. Leur développement est toujours accompagné d'une démangeaison plus ou moins vive, quel que soit le point sur le-

quel elles se montrent. La peau qui les entoure est très-rouge. Lorsqu'elles sont isolées, leur base est quelquefois élevée et enflammée ; enfin, le plus ordinairement, chaque pustule est traversée par un cheveu.

Les croûtes augmentent lentement de volume en conservant la forme circulaire et la dépression centrale qui devient de plus en plus prononcée ; elles peuvent ainsi acquérir une étendue de plusieurs lignes, et M. Biett en a vu qui avaient plus d'un pouce de diamètre. Lorsque les pustules sont rapprochées, ces croûtes se confondent bientôt par leurs bords, y forment ainsi des incrustations jaunes plus ou moins étendues, offrant une foule de dépressions alvéolaires, dont chacune correspond à une ancienne pustule. Ces godets ressemblent aux alvéoles d'une ruche à miel ou aux cupules de lichens, qui couvrent le tronc de certains arbres. Quelquefois une espèce de calotte croûteuse couvre toute la tête ; d'autres fois il se fait dans les divers points qui n'offrent point de pustules, une légère desquammation épidermique.

A cette époque, les croûtes sont d'une couleur jaune ou fauve très-prononcée, et si on les fait tomber au moyen de cataplasmes émolliens, ou bien à l'aide de lotions, soit simples, soit alcalines, on trouve au dessous, des érosions légères qui ne se recouvrent pas de croûtes nouvelles; pour que celles-ci se reforment, il faut qu'il se développe de nouvelles pustules.

Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, les croûtes, très-adhérentes, restent en place pendant des mois entiers et même des années ; mais alors elles deviennent plus épaisses et blanchâtres ; elles se dessèchent, se brisent et se détachent quelquefois accidentellement et par portions. Souvent à mesure que la maladie suit cette mar-

che dans un point, d'autres pustules se développent dans un autre, et suivent une marche analogue.

Quand les croûtes existent depuis long-temps, la peau est le siége d'une inflammation chronique, grave et profonde ; les couches du derme sont successivement envahies. Elle pénètre quelquefois jusqu'au tissu lamineux ; elle atteint même le péricrâne et les os.

Si l'on examine l'état des cheveux chez les personnes affectées du porrigo favosa, on trouve toujours qu'ils se laissent arracher avec la plus grande facilité, dans tous les points où les pustules se développent, et cela dès les premières éruptions. Plus tard le cuir chevelu se dégarnit et la peau reste lisse et luisante dans les endroits où les cheveux manquent. Ceux-ci repoussent rarement, ou au moins ils ne reviennent jamais comme avant l'éruption; ils offrent au contraire une apparence lanugineuse très-remarquable.

Le porrigo favosa n'est jamais accompagné de symptômes généraux dans les premiers temps ; mais les démangeaisons sont quelquefois très-vives; elles le deviennent plus encore lorsque, par le défaut des soins de propreté, comme on le voit très-fréquemment, des pous pullulent en grande quantité sous les croûtes. Alors les malades se grattent et se déchirent; ils augmentent ainsi l'inflammation. Dans ces cas, leur tête exhale une odeur fort désagréable, qui se rapproche de celle de l'urine de chat.

Il est à noter que, lorsqu'on est parvenu à nettoyer le cuir chevelu de ces insectes ainsi que des croûtes, l'odeur devient fade et nauséabonde. Les excoriations plus ou moins superficielles qui se trouvent à la surface du derme, et qui pénètrent souvent jusqu'à la capsule pilifère, en déterminant des alopécies partielles plus ou moins étendues ne produisent pas de croûtes faveuses déprimées dans le

centre ; il en suinte une sanie rougeâtre et fétide qui forme des croûtes irrégulières : mais il se fait bientôt des éruptions nouvelles, qui donnent lieu à de nouvelles croûtes faveuses.

Le *porrigo favosa* peut déterminer de petits abcès sous-cutanés ; les ganglions lymphatiques du cou peuvent s'engorger sympathiquement ; mais il est rare que cette maladie soit compliquée de l'inflammation de quelques organes intérieurs. Il est à remarquer que les individus qui en sont atteints restent souvent petits, et ne se développent en aucune façon ; leur intelligence est en général très-bornée.

La durée de cette affection est pour ainsi dire infinie ; il est impossible d'en fixer le terme. Lorsque la guérison a lieu, il ne se fait plus de nouvelles éruptions, les croûtes se détachent, les surfaces sous-jacentes se dessèchent ; il reste une tache rougeâtre. Il est rare que les cheveux repoussent avec leurs caractères normaux ; cependant nous les avons vus, entre autres chez un malade dans les salles de M. Biett, revenir presque semblables à ceux qui n'avaient pas été détruits.

Causes. Le porrigo favosa est évidemment contagieux ; dans quelques cas, cependant, c'est en vain qu'on a provoqué l'infection : la maladie n'a pu se transmettre. Il se développe dans toutes les saisons ; il attaque indistinctement les deux sexes, tous les âges ; mais on l'observe surtout chez les enfans, chez les jeunes gens. Diverses circonstances qui semblent agir en détériorant plus ou moins la constitution paraissent aussi en provoquer le développement ; tels sont le défaut d'alimens nécessaires, la misère et la malpropreté, le séjour prolongé dans des endroits malsains, peu aérés, bas et humides, les prisons, par exemple. Enfin, on l'observe surtout chez des individus

d'une constitution molle, lymphatique, éminemment scrofuleux, quoique nous l'ayons vu chez les jeunes gens vigoureux, et présentant tous les attributs de la force et de la santé.

Diagnostic. La présence de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'épiderme, l'existence de croûtes sèches, jaunes, disposées en godets, sont des caractères assez distincts pour empêcher de confondre le *porrigo favosa*, avec les autres éruptions, qui peuvent avoir leur siége au cuir chevelu. Toutefois, il ne diffère du *porrigo scutulata*, qui reconnaît aussi pour élémens des pustules faveuses, que par la disposition de ces pustules elles-mêmes, qui sont le plus souvent discrètes dans le premier cas, tandis qu'elles sont agglomérées en cercle dans le porrigo scutulata.

Lorsqu'il existe beaucoup de croûtes, celles-ci sont alors d'un blanc jaunâtre, sèches, et quelquefois elles se brisent en poussière; dans ce cas, elles se rapprochent assez de celles de l'impetigo granulata; mais presque toujours on trouve des croûtes faveuses avec tous leurs caractères; et d'ailleurs dans le *porrigo favosa* les cheveux sont presque détruits sur les points occupés par la maladie, lorsqu'elle est aussi ancienne, ce qui n'a pas lieu pour l'impetigo granulata.

Il est presque inutile de s'arrêter à décrire les différences qui peuvent exister entre les éruptions des autres genres et le *porrigo favosa;* pour peu qu'on se rappelle la description de cette dernière éruption, on ne la confondra jamais avec les autres, parce que ses caractères sont tellement exprimés, que l'on doit la reconnaître dans tous les cas. Toutefois nous avons vu confondre un cas de *favus* qui occupait une grande partie de la surface cutanée, avec la *lèpre*. De telles erreurs ne doivent pas être relevées parce

qu'elles ne peuvent être que très-rarement commises, même par les élèves les moins expérimentés.

Prognostic: Le prognostic est grave à cause de la durée de la maladie ; il est d'autant plus fâcheux que de nouvelles éruptions se succèdent plus fréquemment, lorsqu'on est parvenu à faire disparaître les traces des premières.

Traitement. Il n'est peut-être pas de maladie contre laquelle on ait proposé plus de moyens que contre le porrigo favosa, et en général chacun de ces moyens était infaillible, suivant ceux qui le vantaient. Cependant quelle que soit la méthode de traitement employée, elle est encore trop souvent infructueuse.

Le traitement du porrigo favosa est tout extérieur. Dans quelques circonstances seulement, il est avantageux de relever les forces des malades, à l'aide de quelques amers ; enfin on peut aussi, dans certains cas, avoir recours avec avantage à de légers laxatifs.

Il faut commencer, avant tout, par les soins de propreté : ainsi on coupera les cheveux très-courts ou mieux encore on les rasera ; on fera tomber les croûtes, et l'on aura soin de laver la surface avec une décoction émolliente qu'on remplacera de temps en temps par de l'eau de savon. Ces moyens, tout simples qu'ils paraissent, sont des auxiliaires sans contredit utiles et même indispensables dans la plupart des traitemens externes bien dirigés ; c'est à eux qu'il faut attribuer, sans le moindre doute, certaines cures dont on a rapportées tout l'honneur à une médication au moins inutile, aux vésicatoires, par exemple, que l'on appliquait aux bras en même temps ; méthode de traitement, du reste, qui remonte à une époque déjà fort éloignée, puisqu'on la trouve décrite dans l'ancien journal de médecine de Vandermonde.

Dans la grande généralité des cas, ces moyens ne suffi-

sent point pour en amener la guérison : il devient nécessaire de modifier l'état de la peau par des applications souvent plus énergiques.

La calotte, qui rappelle l'enfance de l'art, a été heureusement abandonnée depuis long-temps, et nous avons de la peine à croire que l'ignorance, reléguée au fond de quelques campagnes, puisse se servire encore d'un moyen aussi cruel ; du reste, elle ne paraissait agir surtout que par l'avulsion des cheveux, qui suivait son emploi. La présence des cheveux est-elle aussi nuisible que quelques auteurs le prétendent ? et quand ils tombent par l'effet de la maladie, celle-ci borne-t-elle là ses ravages ? Au contraire, les croûtes persistent souvent des années entières sur les points où il n'existe plus de cheveux; leur avulsion d'ailleurs, pratiquée avec de petites pinces, mais seulement sur les points qui sont le siége de la maladie, est loin d'être aussi douloureuse qu'on se l'est imaginé. En effet, dans ces points, les cheveux ne tiennent presque plus; au reste, on peut pervenir à les détruire par des moyens bien plus doux : les préparations alcalines remplissent très-bien ce but, et en même temps, chose non moins essentielle; elles modifient d'une manière très-avantageuse l'état de la peau malade.

Les moyens sur lesquels on peut surtout compter conjointement avec les soins de propreté dans le traitement du porrigo favosa, ce sont les préparatious alcalines et sulfureuses, et les lotions acidulées.

Les préparations alcalines, dont on doit faire usage, offrent quelque différence suivant l'action qu'on cherche à produire; lorsqu'on veut faire tomber promptement les cheveux, et en même temps agir un peu activement sur le cuir chevelu, on se sert de sous-carbonate de potasse ou de soude, incorporé à la dose d'un ou deux gros dans une once d'axonge; on fait avec cette pommade des

onctions sur les points malades, tous les jours, pendant cinq ou dix minutes : au bout d'un certain temps les cheveux se détachent sans effort ; on peut en même temps faire des lotions rendues légèrement alcalines par la dissolution d'une petite quantité de ces mêmes sels dans la proportion de deux gros par pinte. Avant de commencer l'usage de ces moyens, il faut, comme nous l'avons dit, couper les cheveux, appliquer de larges cataplasmes émolliens, et faire des lotions avec de l'eau de savon tiède, de manière à faire tomber les croûtes et à nettoyer toute la surface avec le plus grand soin.

Nous avons vu plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis employer avec beaucoup d'avantage le sulfure de potasse à la dose d'un gros ou deux, en dissolution dans une livre d'eau distillée, ou bien encore la lotion suivante, dite lotion de Barlow (sulfure de potasse ʒ ij, savon blanc ʒ jj ß, eau de chaux ℥ vij, alcool rectifié, ʒ j). Enfin, dans quelques circon- stances, la maladie a été singulièrement amendée par l'emploi du chlorure de chaux.

Des douches sulfureuses légères, et répétées chaque jour, rempliraient encore mieux le but qu'on se propose ; elles ont, ainsi que les lotions, l'avantage d'empêcher que la pommade, dont on s'est servi en frictions, ne reste trop long-temps en contact avec la peau. Il faut surtout beaucoup de patience, et veiller avec un grand soin à ce que ces moyens soient suivis exactement. Les médicamens dont se servent MM. Mahon ont pour base, ainsi qu'on l'a vérifié, des préparations alcalines, et le soin qu'ils mettent à faire le traitement, pour ainsi dire, de leurs propres mains, ne doit pas être compté pour peu de chose dans les nombreux cas de guérison qu'ils ont obtenus. D'ailleurs leurs succès seraient, il n'en faut pas douter, bien moins nombreux si l'on réduisait le nombre des maladies

qu'ils ont traitées aux *porrigo favosa* et *porrigo scutulata*; et nous pensons que ces deux variétés, que nous avons vues si souvent rebelles aux médications les plus rationnelles, résistent quelquefois tout aussi bien à leur *infaillible* secret qu'aux diverses méthodes dont on fait usage à l'hôpital Saint-Louis.

Quelques acides fortement étendus, tels que l'acide muriatique, l'acide nitrique, ont été, dans quelques cas, employés avec succès; ces lotions pourraient être remplacées avec avantage par des lotions faites avec de l'acide hydrocyanique médicinal très-étendu, à la dose d'un gros pour chaque livre d'eau distillée.

Les autres moyens qui ont été employés par divers auteurs avec des succès variables, sont des dissolutions de sulfate de zinc, de cuivre, de nitrate d'argent fondu, à la dose de trois à six grains dans une once d'eau distillée, ou enfin de deutochlorure de mercure dans les mêmes proportions. On peut ajouter à ces dissolutions une certaine quantité d'alcool, deux ou trois onces par livre d'eau.

Les substances qui ont été le plus vantées en pommade sont : le soufre sublimé incorporé dans de l'axonge, à la dose de deux gros par once, avec autant de savon blanc; le calomel, à la même dose, dans une même quantité de graisse; l'oxyde de manganèse dans les mêmes proportions, ou bien encore la pommade de Banyer (litharge ℥ ij, alun calciné ℥ j ß, calomel ʒ j ß, axonge ℔ ij, térébenthine de Venise ℔ ß).

Parmi les médicamens employés en frictions, un de ceux que nous avons vu réussir d'une manière et plus prompte et plus sûre, c'est sans contredit l'*iodure de soufre*, employé il y a quelques années pour la première fois par M. Biett, et appliqué par lui, entre autres, au traitement du *porrigo favosa*. Nous avons vu, dans l'espace de quelques

semaines seulement, ce médicament imprimer à la peau une modification nouvelle ; sous son influence les pustules cessaient de se former, et c'est même chez un malade traité de cette manière que nous avons vu les cheveux, en repoussant, présenter tous les caractères de ceux qui recouvraient les parties saines. On fait faire au malade matin et soir sur les surfaces affectées des frictions légères avec la pommade suivante : iodure de soufre ℈ j à ʒ ß, axonge ℥ j. Dans ces derniers temps, M. Biett a expérimenté la pommade de Gondret avec des succès variables ; il a quelquefois obtenu une véritable amélioration, mais généralement peu durable.

Dans l'emploi de tous ces moyens, il faut avoir grand soin de faire tomber les croûtes à mesure qu'il s'en forme, surtout à l'aide de lotions émollientes, ou alcalines longtemps prolongées.

Les bains sont toujours utiles ; on en fera prendre de temps en temps, surtout quand la maladie occupe le tronc ou les membres. Les bains sulfureux sont très-avantageux dans quelques cas.

Lorsque la maladie est locale et ne consiste que dans quelques pustules répandues çà et là, on peut, après avoir fait tomber les croûtes, cautériser la surface mise à découvert, avec le nitrate d'argent. La cautérisation a été aussi proposée et employée avec succès dans quelques cas très-opiniâtres, et l'on s'est servi pour la pratiquer d'acides concentrés, tels que l'acide nitrique, sulfurique, hydrochlorique et acétique. Pour les employer, après avoir nettoyé avec le plus grand soin le cuir chevelu, et surtout après avoir fait tomber les croûtes, on promène sur les surfaces malades une barbe de plume trempée dans l'un de ces acides, et aussitôt, avant que le caustique ait

eu le temps d'exercer un peu loin son action, on fait plusieurs ablutions d'eau froide.

Les sétons, les vésicatoires et les exutoires ont en général moins d'utilité qu'on ne leur en suppose.

Enfin, dans le traitement du *porrigo favosa*, il ne faut jamais oublier qu'un seul moyen est bien loin d'être toujours suivi de succès, que beaucoup de persévérance est nécessaire tant de la part du médecin que de la part du malade, et que, dans les cas où les traitemens employés n'ont pas réussi, il ne faut jamais négliger les soins de propreté.

PORRIGO SCUTULATA.

(*Ringworm.*)

Le *porrigo scutulata* est une inflammation chronique du cuir chevelu, caractérisée par des pustules faveuses, non pas discrètes et isolées comme dans le *porrigo favosa*, mais réunies en groupes, et disposées de manière à former des cercles, à la circonférence desquels ces petites pustules jaunes sont en plus grand nombre qu'au centre; ces pustules sont suivies de croûtes minces d'abord, mais qui le plus souvent deviennent fort épaisses, et par l'agglomération des *favi* constituent des incrustations souvent fort étendues. Cette éruption est essentiellement contagieuse.

Le *porrigo favosa* se développe surtout au cuir chevelu, qui en est le siége spécial : souvent il existe en même temps au front et au col. Quand on l'observe sur d'autres parties du corps, ce qui est assez rare, il est en général produit par une contagion directe.

Symptômes. Cette maladie débute par des taches rouges, circulaires, sur lesquelles on ne tarde point à apercevoir de très petites pustules jaunes, nullement saillantes

au-dessus du niveau de la peau, et comme enchâssées dans l'épiderme. Ces pustules sont agglomérées, et beaucoup plus nombreuses vers la circonférence de la plaque qu'au centre; de vives démangeaisons accompagnent et leur formation et celle des taches érythémateuses qui les précèdent. Absolument semblables à celles du *porrigo favosa*, les pustules du *porrigo scutulata*, d'un jaune un peu moins éclatant peut-être, comme elles, présentent une dépression centrale, et sont le plus ordinairement traversées par un cheveu; elles se dessèchent aussi très-promptement. Il se forme à leur surface des croûtes minces d'abord; ces croûtes augmentent d'épaisseur, deviennent de plus en plus saillantes, et se réunissent, si on leur permet de s'accumuler, de manière à former des incrustations plus ou moins larges, et le plus souvent exactement bornées par une ligne circulaire. Si elles tombent, ou si l'on détermine leur chute à l'aide d'applications convenables, on trouve alors la peau rouge, luisante, enflammée; d'autres petites pustules analogues ne tardent pas à se développer et à former des croûtes nouvelles. Cette éruption a lieu surtout à la circonférence des plaques, qui s'étendent peu à peu, et peuvent acquérir de un à deux pouces de diamètre.

Dès le commencement on observe que les cheveux qui recouvrent ces plaques sont moins nombreux; ils sont secs, lanugineux; il suffit d'un léger effort pour les arracher : il est évident que les bulbes sont affectés dès le commencement même de la maladie. Enfin les cheveux finissent par être entièrement détruits aux endroits qui étaient le siége des plaques.

Ordinairement, quand la maladie dure depuis quelque temps, les autres parties du cuir chevelu qui ne sont point atteintes de pustules faveuses sont le siége d'une légère exfoliation épidermique.

Lorsque les taches circulaires sont nombreuses, soit parce qu'elles se sont développées spontanément, soit que le malade en se grattant ait inoculé l'éruption sur plusieurs points, elles peuvent s'étendre et se confondre ; les pustules rapprochées, réunies, forment des croûtes beaucoup plus épaisses, et, dans quelques cas, ces incrustations peuvent recouvrir tout le cuir chevelu. Le malade alors offre un aspect remarquable, surtout si l'éruption est ancienne : la tête est occupée par une espèce de calotte épaisse dont la circonférence présente des traces évidentes de la forme première de l'éruption. Ainsi, on y observe des quarts, des moitiés de cercle bien distincts, et l'on ne trouve de cheveux qu'aux points de réunion du cuir chevelu avec la peau de la face ; au-dessus de cette espèce de couronne, formée par des cheveux grêles et lanugineux, on voit une enveloppe crustacée d'un jaune grisâtre, ne présentant point, comme dans le porrigo favosa, de dépressions centrales en godets, mais des croûtes sèches, friables, qui se détachent par petites portions, et ressemblent à du mortier grossièrement brisé, ou à du plâtre tombé des murs et sali par l'humidité et la poussière. Quelquefois la maladie, dans cet état, au lieu d'occuper ainsi toute la tête, est bornée à une ou plusieurs de ses régions ; on trouve souvent alors l'éruption à ses diverses périodes. Ainsi, l'on aperçoit des taches d'un rouge vif, surtout à la circonférence ; puis un plus ou moins grand nombre de pustules jaunâtres, plus loin des croûtes plus ou moins épaisses, et enfin çà et là des places blanches entièrement dépouillées de cheveux, ou, à côté, des points légèrement enflammés qui sont le siége d'une exfoliation épidermique.

La maladie peut rester ainsi dans cet état pendant un temps qu'il serait difficile de préciser ; elle peut durer des mois entiers ; mais soit naturellement, ce qui est rare,

soit par l'effet de l'art, les croûtes tombent, les surfaces qu'elles laissent après elles, deviennent de moins en moins enflammées, les éruptions qui se reforment sont moins nombreuses, moins considérables, les croûtes redeviennent plus minces, elles cessent de se reformer, et la maladie disparaît en laissant après elle des points plus ou moins étendus sur lesquels les cheveux, pendant long-temps, restent rares, mous et décolorés, et souvent même ne se régénèrent jamais.

Causes. Lorsque cette affection se développe spontanément, on ne l'observe guère que chez les enfans, chez les individus d'une constitution lymphatique, mal nourris, mal vêtus; mais ordinairement elle se propage par le contact immédiat : l'usage des mêmes serviettes, des peignes, des mêmes bonnets, peut en être la cause occasionelle; on l'observe aussi, mais plus rarement, chez les adultes.

Diagnostic. Le diagnostic du porrigo scutulata peut offrir, dans certains cas, quelques difficultés : cependant le *porrigo favosa* est la seule maladie avec laquelle on pourrait le confondre. Il diffère en effet des autres d'une manière assez tranchée, par la nature de ses pustules (*favi*), par la couleur, la forme des croûtes, par l'alopécie qu'il détermine, et enfin par son caractère contagieux, etc.

Quant au *porrigo favosa*, le porrigo scutulata reconnaît comme lui, pour lésions élémentaires, de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'épiderme, déprimées au centre; mais ici elles sont agglomérées, elles forment par leur réunion des cercles le plus souvent bien distincts, caractères qui ne se retrouvent point dans le *porrigo favosa*, dont les pustules discrètes ne se réunissent jamais de manière à affecter une forme régulière. Cependant, dans les cas où les croûtes du *porrigo scutulata* recouvrent presque la totalité du cuir chevelu, on pourrait le con-

fondre avec ces incrustations épaisses du *porrigo favosa*, formant une espèce de calotte qui entoure toute la tête; mais les croûtes du *porrigo favosa*, examinées avec attention, présentent toujours çà et là quelques points où l'on retrouve évidemment la dépression centrale en godet; et d'ailleurs les larges incrustations ne sont jamais circonscrites par des lignes régulières, tandis que celles du *porrigo scutulata* présentent toujours, à la circonférence, des portions de cercle qui indiquent la forme première de l'éruption, et que, dans cette dernière maladie enfin, où l'on ne retrouve point les godets, on rencontre au contraire de petits débris de croûtes semblables à du mortier brisé.

L'*impetigo figurata* pourrait aussi en imposer pour le *porrigo scutulata*, lorsqu'il a son siége au cuir chevelu, ou bien cette dernière maladie, développée sur les membres, pourrait être confondue avec l'affection *impétigineuse*; en effet, l'*impetigo figurata* est caractérisé par une réunion de pustules agglomérées qui donnent lieu à des croûtes épaisses, assez régulièrement circonscrites et souvent parfaitement circulaires; mais ces deux maladies présentent des différences très-grandes, soit à l'état pustuleux, soit quand elles sont recouvertes de croûtes. A l'*état pustuleux*, on ne saurait confondre les pustules superficielles légèrement proéminentes, reposant sur une surface rouge et très-enflammée, etc., qui caractérisent l'*impetigo*, avec celles du *porrigo scutulata*, qui, plus profondes restent enchâssées dans l'épiderme, ne s'accompagnent que d'une très-légère inflammation à leur base, et enfin présentent une matière concrète presque en naissant, tandis que les pustules *psydraciées* de l'*impetigo* contiennent un liquide qui s'épaissit peu à peu, et ne forme une véritable croûte qu'au bout de quelques jours.

A l'*état crustacé*, les différences ne sont pas moins tranchées; les croûtes de l'*impetigo* sont beaucoup plus épaisses; après leur chute, elles se reforment par un suintement séro-purulent, tandis qu'il faut de nouvelles pustules faveuses pour donner naissance aux nouvelles incrustations du porrigo scutulata; d'ailleurs, l'*impetigo figurata* est presque toujours borné à des points peu étendus; ses plaques sont souvent isolées, et le porrigo scutulata, à cet état, offre un aspect différent, très-facilement appréciable : ses croûtes sont plus épaisses à la circonférence qu'au centre, tandis que le contraire a lieu dans l'*impetigo*.

Enfin, si l'on réfléchit que l'*impetigo* n'est point contagieux, que quand il a son siége au cuir chevelu, il ne détermine jamais la chute des cheveux, que d'une autre part, la présence du *porrigo scutulata* sur les membres est extrêmement rare, et coïncide presque toujours alors avec la même éruption développée au cuir chevelu, on aura des caractères assez tranchés pour ne jamais confondre ces deux affections, qu'il est très-important de distinguer.

Des plaques de l'*herpès circinnatus* au début, ou de la *lèpre* dépouillée de ses squammes, qui auraient leur siége au cuir chevelu, pourraient peut-être être prises pour un *porrigo scutulata* commençant, et qui ne serait encore caractérisé que par les petites taches rouges circulaires qui précèdent l'apparition des pustules; il est presque inutile d'ajouter que le développement de chacune de ces maladies présentera des symptômes assez distincts pour ne pas laisser long-temps dans le doute, ou pour dissiper promptement l'erreur.

Prognostic. Le *porrigo scutulata* n'est point grave par lui-même, mais il peut le devenir par sa durée et par son opiniâtreté à résister aux divers moyens de traitement;

cependant il est en général moins fâcheux que le *porrigo favosa*. Ainsi l'alopécie est plus rare que dans la première variété; le bulbe est beaucoup moins malade.

Traitement. Les bases du traitement du porrigo scutulata sont en général absolument les mêmes que celles du traitement du *porrigo favosa*; comme pour cette dernière maladie, les médications intérieures n'ont que des effets peu marqués, et c'est localement qu'il faut attaquer cette variété du genre *porrigo*.

Des lotions fréquentes avec de l'eau ou du lait *tiède*, le soin de couper les cheveux très-courts, ou même de les raser, si cette opération ne détermine pas une inflammation trop vive; des cataplasmes émolliens pour faire tomber les croûtes, sont les seuls moyens qu'il soit convenable d'employer au début : plus tard, il devient souvent nécessaire, comme pour le *porrigo favosa*, de modifier l'état des parties malades, et l'on peut avoir recours, suivant la gravité du mal, à l'une ou l'autre des préparations que nous avons indiquées plus au long au traitement de cette dernière maladie : ainsi on emploiera les préparations alcalines ou sulfureuses; la lotion de Barlow, quelques dissolutions de sulfate de zinc, de cuivre, et même de deuto-chlorure de mercure avec addition d'une certaine quantité d'alcool. On pourra faire quelques frictions avec des pommades sulfureuses, ou au calomel; mais surtout, si la maladie est rebelle, on aura recours à l'*iodure de soufre* incorporé dans de l'axonge. Les bains simples, les douches sulfureuses, et surtout les soins de propreté seront aussi très-efficaces.

En un mot, on appliquera au *porrigo scutulata* la même médication que celle que nous avons indiquée pour le *porrigo favosa*, au traitement duquel on trouvera tous ces moyens exposés en détail.

PAPULES (1).

Les maladies rangées dans cet ordre sont caractérisées par de petites élevures solides et résistantes; ces élevures ont reçu le nom de *papules*. Tantôt elles sont constituées seulement par l'accroissement morbide des papilles, tantôt ce sont de véritables élevures de la peau. Légèrement saillantes, elles ne contiennent jamais ni sérosité, ni pus; elles sont constamment accompagnées d'un prurit plus ou moins vif, et quelquefois intolérable.

Les affections papuleuses suivent, le plus souvent, une marche chronique : elles se présentent quelquefois à l'état aigu.

Leur durée varie depuis un ou deux septénaires jusqu'à plusieurs mois, et même des années; le *prurigo*, par exemple, peut se prolonger des années entières.

Siége. Il n'est aucun des points de l'enveloppe cutanée qui ne puisse devenir le siége de *papules*. L'éruption, quelquefois bornée à une seule région plus ou moins circonscrite, peut d'autres fois être générale; le plus ordinairement elle occupe à la fois plusieurs surfaces souvent fort éloignées les unes des autres. Aux membres, les inflammations papuleuses affectent de préférence les faces externes : au tronc, on les rencontre principalement à la partie postérieure. Enfin, elles se montrent en général dans le sens de l'extension.

Symptômes. Développés, le plus ordinairement d'une manière lente, les papules sont précédées d'une déman-

(1) Voyez la planche (n° 5.).

geaison plus ou moins vive. Bientôt elles apparaissent sous la forme de petits points légèrement proéminens, le plus souvent de la couleur de la peau : quelquefois cependant ils sont plus rouges, et enfin dans quelques cas de lichen, au contraire (*strophulus*), leur teinte est plus blanche. Peu à peu elles se dessinent davantage, et deviennent très-appréciables au doigt, qui, promené sur l'éruption, perçoit la sensation de petits corps durs et saillans. Elles sont ordinairement assez régulièrement arrondies, le plus souvent discrètes, peu volumineuses dans le *lichen*, plus développées dans le *prurigo*.

Ces éruptions sont rarement accompagnées de symptômes généraux.

Les affections papuleuses se terminent par résolution, par une desquammation légère (c'est le mode de terminaison le plus fréquent), et aussi quelquefois par de petites ulcérations qui, survenues au sommet de chaque papules, changent l'aspect et l'état de la maladie (*lichen agrius*).

Une suite presque inévitable des affections papuleuses en général, c'est une coloration jaunâtre, fauve, sur les points qui ont été long-temps le siége des éruptions. Cette coloration persiste, quelquefois, plusieurs années.

Causes. Aucune de ces maladies n'est contagieuse : elles se développent le plus souvent sans causes appréciables. Quelquefois elles se manifestent évidemment sous l'influence de la misère et de la malpropreté, comme la plupart des *prurigo*.

Diagnostic. Le diagnostic des inflammations papuleuses est en général assez facile ; cependant il présente quelquefois des difficultés, surtout quand il s'agit de les distinguer de la *gale* et de certains *eczéma* ; mais dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, avec un peu d'attention, on

pourra toujours retrouver la lésion élémentaire primitive (*papule*) même dans ceux ou la maladie aurait été, jusqu'à un certain point, dénaturée par de petites croûtes qui auraient succédé à ces ulcérations, dont nous avons parlé plus haut.

Prognostic. Le prognostic, le plus souvent peu fâcheux, peut quelquefois cependant le devenir, par la durée de la maladie, qui finit par altérer les couches les plus profondes de la peau, et surtout par le prurit de certaines espèces locales que l'on a vu devenir insupportable et déterminer des accidens graves, comme dans le prurigo du pubis par exemple, etc.

Traitement. Quelquefois les affections papuleuses cèdent aux médications les plus simples : souvent au contraire elles sont rebelles et opiniâtres, et même, dans certains cas, elles réclament l'emploi de moyens très-énergiques.

Les papules constituent deux genres, le *lichen* et le *prurigo*.

LICHEN.

Le mot *lichen* du grec λειχὴν, admis par des auteurs latins comme synonyme d'*impetigo*, a été appliqué par les pathologistes anglais, et plus tard par M. Biett, à des affections papuleuses.

Le lichen est caractérisé par des élévations pleines, solides, le plus ordinairement très-petites, quelquefois légèrement rouges, mais le plus souvent de la couleur de la peau, presque toujours agglomérées et accompagnées de prurit.

Le lichen peut être aigu, mais dans la plupart des cas il affecte une marche chronique.

Il peut se développer sur tous les points de la surface

du corps; quelquefois général, il est le plus ordinairement local, et alors les mains, les avant-bras, le col et la face en sont le siége le plus fréquent.

Il peut se présenter à deux états bien différens, le *lichen simplex* et le *lichen agrius*.

1° *Lichen simplex*. Le lichen simplex se manifeste par des papules ordinairement très-petites, dépassant rarement la grosseur d'un grain de millet; agglomérées en plus ou moins grand nombre, et présentant quelques différences suivant qu'il est aigu ou chronique.

Dans le lichen simplex aigu les papules sont rouges, enflammées; elles sont accompagnées d'une chaleur et d'un prurit incommodes. Au bout de trois ou quatre jours la rougeur diminue, il s'établit une légère desquammation furfuracée, et la maladie se termine avant le second septénaire, à moins d'éruptions successives.

Quand il affecte une marche chronique, ce qui arrive le plus souvent, les papules sont peu ou ne sont point enflammées; le plus ordinairement elles sont de la même couleur que la peau. Précédées d'une légère démangeaison, elles apparaissent sous la forme de petites saillies fort appréciables au doigt, qui, promené sur l'éruption, perçoit la sensation de petits corps durs, dont la peau serait comme hérissée. Dans ce cas, il est bien loin de se terminer au bout de sept ou huit jours; les papules restent stationnaires pendant un temps infini: il s'en développe de nouvelles, et la maladie peut durer quelques semaines, quelquefois même des mois entiers. Le lichen simplex chronique est toujours accompagné d'un épaisissement plus ou moins considérable de la peau, et donne lieu souvent à une exfoliation assez abondante.

Le lichen simplex aigu est fixé le plus souvent à la face, sur le tronc: à l'état chronique, on le rencontre presque

toujours sur les membres et principalement sur les mains, dont il occupe de préférence la face dorsale.

Symptômes. Développé sans autres symptômes qu'un peu de cuisson, et quelquefois une démangeaison assez vive, le lichen simplex est rarement annoncé par des phénomènes généraux ; il n'est précédé de malaise et d'un peu de fièvre que dans les cas rares de lichen simplex aigu, très-étendu en général.

Quelquefois les papules se développent sur des points de la peau traversés par des poils (*lichen pilaris*) ; dans ce cas le lichen dure fort long-temps.

D'autres fois, et surtout chez les individus affaiblis par la misère et les privations de tout genre, l'éruption prend une teinte violacée (*lichen lividus*) ; les papules, peu résistantes, aplaties, ont surtout leur siége aux membres inférieurs, et sont souvent entremêlées de taches purpurines et hémorrhagiques. Ce lichen paraît extrêmement rare.

Les papules du lichen, le plus souvent agglomérées sans ordre, peuvent, dans quelques circonstances, se réunir en groupes assez arrondis (*lichen circumscriptus*), et former des cercles dont les bords, ordinairement très-prononcés, sont sans cesse agrandis et augmentés par des éruptions nouvelles, en même temps que le centre se guérit par une exfoliation légère ; ces cercles, rarement isolés, sont plus ou moins nombreux, et alors ils finissent par se confondre par l'accroissement de leur circonférence.

Il est une autre forme très-rare dont les auteurs n'ont pas parlé, et cependant très-remarquable : M. Biett, qui le premier l'a décrite et observée, pense qu'on pourrait lui donner le nom de *lichen gyratus*. En effet, nous avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, les papules, disposées en

petits groupes, former une espèce de ruban qui, partant de la partie antérieure de la poitrine, gagnait la partie interne du bras, dont il longeait, en se contournant, tout le bord interne jusqu'à l'extrémité du petit doigt, en suivant exactement le trajet du nerf cubital.

Indépendamment de ces anomalies de siége, d'aspect et de forme, qui ne sont que des modifications qui rentrent dans l'histoire du lichen simplex, il y a deux variétés réellement importantes : *le lichen urticatus* et le *lichen strophulus*.

Lichen urticatus. Le lichen urticatus est une éruption plus ou moins considérable de papules plus larges que les papules ordinaires du même genre, enflammées, saillantes, volumineuses, comme confluentes, semblables aux piqûres d'ortie ; elles paraissent subitement, et déterminent un prurit brûlant et incommode ; le plus souvent fixées au col et à la face, elles se montrent surtout chez les jeunes gens et les femmes, dans l'été ou au printemps : chez les individus dont la peau est blanche et fine ; on l'observe aussi chez les enfans. L'éruption, fugace, irrégulière, le plus souvent disparaît spontanément, pour reparaître dans un court espace de temps ; elle se termine par résolution ou par une desquammation furfuracée.

Lichen strophulus. Le lichen strophulus est une variété qui affecte essentiellement les enfans à la mamelle ; il existe toujours à l'état aigu, et consiste dans une éruption, le plus souvent générale, de papules ou plus rouges ou plus blanches que le reste de la peau, accompagnée de démangeaisons très-vives, qui sont augmentées par la chaleur du lit et sujettes à des exacerbations très-prononcées. Il présente une foule de variétés de couleur, de forme et de dimension, que l'on n'observe le plus souvent que dans

des éruptions diverses, mais qui peuvent cependant se rencontrer quelquefois en même temps chez le même enfant.

Tantôt les papules sont rouges : et alors, ou bien très-enflammées et proéminentes, elles sont éparses çà et là et entremêlées de petites taches érythémateuses (*strophulus intertinctus*), ou bien plus petites, mais plus rapprochées, beaucoup plus nombreuses et plus confluentes, elles constituent une éruption considérable (*strophulus confertus*), ou bien encore disposées par petits groupes peu nombreux, assez régulièrement arrondis, elles sont répandues sur diverses régions (*strophulus volaticus*).

Tantôt les papules sont blanches, et dans ce cas elles peuvent être petites, peu étendues et entourées d'une légère auréole inflammatoire (*strophulus albidus*), ou bien plus larges, épaisses et sans inflammation à leur base (*strophulus candidus*).

Développé la plupart du temps sous une influence inconnue, le strophulus accompagne souvent le travail de la première dentition; il semble quelquefois lié à une phlegmasie des organes intérieurs. Sa durée varie depuis un jusqu'à trois ou quatre septénaires. C'est en général une maladie éphémère, et toujours sans danger : elle ne réclame souvent d'autre traitement que quelques bains tièdes pour l'enfant, et des boissons rafraîchissantes pour la nourrice; seulement elle doit éveiller l'attention sur les causes qui pourraient l'avoir produite et qu'il devient quelquefois urgent de combattre.

2° *Lichen agrius*. Le lichen agrius peut exister spontanément, ou il peut succéder au *lichen simplex*.

Le lichen agrius spontané se manifeste par une foule de petites papules très-rouges, très-enflammées, développées sur une surface érythémateuse; elles sont petites,

Lorsque les taches circulaires sont nombreuses, soit parce qu'elles se sont développées spontanément, soit que le malade en se grattant ait inoculé l'éruption sur plusieurs points, elles peuvent s'étendre et se confondre; les pustules rapprochées, réunies, forment des croûtes beaucoup plus épaisses, et, dans quelques cas, ces incrustations peuvent recouvrir tout le cuir chevelu. Le malade alors offre un aspect remarquable, surtout si l'éruption est ancienne : la tête est occupée par une espèce de calotte épaisse dont la circonférence présente des traces évidentes de la forme première de l'éruption. Ainsi, on y observe des quarts, des moitiés de cercle bien distincts, et l'on ne trouve de cheveux qu'aux points de réunion du cuir chevelu avec la peau de la face; au-dessus de cette espèce de couronne, formée par des cheveux grêles et lanugineux, on voit une enveloppe crustacée d'un jaune grisâtre, ne présentant point, comme dans le porrigo favosa, de dépressions centrales en godets, mais des croûtes sèches, friables, qui se détachent par petites portions, et ressemblent à du mortier grossièrement brisé, ou à du plâtre tombé des murs et sali par l'humidité et la poussière. Quelquefois la maladie, dans cet état, au lieu d'occuper ainsi toute la tête, est bornée à une ou plusieurs de ses régions; on trouve souvent alors l'éruption à ses diverses périodes. Ainsi, l'on aperçoit des taches d'un rouge vif, surtout à la circonférence, puis un plus ou moins grand nombre de pustules jaunâtres, plus loin des croûtes plus ou moins épaisses, et enfin çà et là des places blanches entièrement dépouillées de cheveux, ou, à côté, des points légèrement enflammés qui sont le siége d'une exfoliation épidermique.

La maladie peut rester ainsi dans cet état pendant un temps qu'il serait difficile de préciser; elle peut durer des mois entiers; mais soit naturellement, ce qui est rare,

soit par l'effet de l'art, les croûtes tombent, les surfaces qu'elles laissent après elles, deviennent de moins en moins enflammées, les éruptions qui se reforment sont moins nombreuses, moins considérables, les croûtes redeviennent plus minces, elles cessent de se reformer, et la maladie disparaît en laissant après elle des points plus ou moins étendus sur lesquels les cheveux, pendant long-temps, restent rares, mous et décolorés, et souvent même ne se régénèrent jamais.

Causes. Lorsque cette affection se développe spontanément, on ne l'observe guère que chez les enfans, chez les individus d'une constitution lymphatique, mal nourris, mal vêtus; mais ordinairement elle se propage par le contact immédiat : l'usage des mêmes serviettes, des peignes, des mêmes bonnets, peut en être la cause occasionelle; on l'observe aussi, mais plus rarement, chez les adultes.

Diagnostic. Le diagnostic du porrigo scutulata peut offrir, dans certains cas, quelques difficultés : cependant le *porrigo favosa* est la seule maladie avec laquelle on pourrait le confondre. Il diffère en effet des autres d'une manière assez tranchée, par la nature de ses pustules (*favi*), par la couleur, la forme des croûtes, par l'alopécie qu'il détermine, et enfin par son caractère contagieux, etc.

Quant au *porrigo favosa*, le porrigo scutulata reconnaît comme lui, pour lésions élémentaires, de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'épiderme, déprimées au centre; mais ici elles sont agglomérées, elles forment par leur réunion des cercles le plus souvent bien distincts, caractères qui ne se retrouvent point dans le *porrigo favosa*, dont les pustules discrètes ne se réunissent jamais de manière à affecter une forme régulière. Cependant, dans les cas où les croûtes du *porrigo scutulata* recouvrent presque la totalité du cuir chevelu, on pourrait le con-

les différens points de leur circonférence il s'en écoule un liquide jaunâtre, quelquefois comme sanieux, souvent d'une odeur infecte. Cette humeur se répand dans les petits intervalles qui séparent les tubercules; bientôt elle se concrète, et forme des croûtes quelquefois très-épaisses, qui peuvent, pendant un certain temps, masquer le véritable caractère de la maladie.

Telle semble être la marche la plus commune du framboesia. On conçoit cependant que, pour une maladie si peu observée, au moins dans nos pays, il doit se présenter une foule d'états, de variétés, qui s'éloignent plus ou moins de cette description, et qui cependant appartiennent au framboesia.

C'est ainsi que M. Biett a eu, dans ses salles, une jeune fille assez bien constituée, atteinte d'une éruption qui ne semblait pouvoir se rapporter qu'à cette affection, et qui se présentait sous la forme de *tubercules* arrondis, violacés, dont le volume variait depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette; ils occupaient la partie interne et inférieure de la cuisse, et, réunis en cercle, formaient une espèce de bourrelet comme fongueux, fort adhérent aux parties sous-jacentes, et entourés de tous côtés de cicatrices qui avaient succédé à d'anciens tubercules. Quelques tubercules se rencontraient aussi sur le dos et sur la face dorsale du pied.

Enfin, dans quelques cas, quand l'éruption a atteint son plus haut période, un des tubercules devient plus large que les autres; il égale quelquefois les dimensions d'un petit écu. Considérablement déprimé, il se change en une vaste ulcération qui est baignée d'une humeur de mauvaise nature, âcre, et qui corrode les parties voisines. Ce tubercule a reçu, dans les colonies, le nom de *mama-pian*, ou *mère des pians*.

Cette maladie peut durer un temps infini sans produire le moindre dérangement notable dans la santé, excepté des démangeaisons quelquefois assez vives.

Causes. Le framboesia paraît être contagieux ; il ne se communiquerait que par le contact immédiat de la matière qui s'écoule des tubercules ulcérés. On a pensé que, dans les contrées brûlantes, où il est si fréquent, il pouvait être inoculé par des insectes qui, tantôt chez des personnes saines, tantôt chez des individus malades, se reposaient sur les parties qui sont habituellement découvertes. Enfin, on a dit que le même individu ne pouvait en être atteint qu'une fois dans sa vie. Il se développe aussi spontanément.

Le framboesia attaque tous les âges, les deux sexes ; cependant on a remarqué que les enfans y étaient plus sujets que les adultes et les vieillards. Certaines causes extérieures, et entre autres les influences atmosphériques, la mauvaise nourriture des nègres, leur malpropreté, l'habitude qu'ils ont de se frotter le corps avec un mastic huileux, leur séjour dans des habitations sales, malsaines, toujours humides, paraissent favoriser le développement de cette maladie.

Enfin, le framboesia attaque le plus ordinairement des individus faibles, mous, languissans, scrofuleux et souvent rachitiques.

Indépendamment de la part qu'il faut faire aux localités, il est à remarquer qu'il se développe de préférence chez les nègres, et que même la contagion semble plus difficile chez les blancs.

Diagnostic. Les caractères du framboesia lui appartiennent d'une manière trop exclusive pour qu'on puisse jamais le confondre avec aucune autre maladie. Cependant, il n'est peut-être pas inutile de s'arrêter un instant sur

les différences qui le distinguent de la *syphilis*, d'autant mieux que quelques auteurs ont confondu ces deux affections, et croyant trouver entre elles des rapports manifestes, les ont prises pour des maladies identiques.

D'abord, si l'on examine les caractères généraux, on voit qu'il ne peut y avoir le moindre rapprochement. La *syphilis*, il est vrai, comme le framboesia, se communique par contact immédiat, et quelquefois elle se présente sous la forme tuberculeuse; mais, bien différente de cette éruption, elle attaque aussi bien les blancs que les nègres: elle n'est jamais spontanée. Enfin, bien loin de n'atteindre qu'une seule fois le même individu, elle peut se manifester chez lui dix fois, vingt fois peut-être, et même la forme *tuberculeuse*, la seule qui pourrait être confondue, accompagne presque toujours une syphilis consécutive.

D'un autre côté, les signes particuliers eux-mêmes de la syphilide tuberculeuse diffèrent beaucoup de ceux qui caractérisent le framboesia. Ainsi, ce ne sont jamais des tubercules rouges, comme fongueux, réunis par leur base sur des surfaces plus ou moins étendues, mais bien des indurations isolées, d'une teinte cuivrée ou violacée, circonscrites, etc., accompagnées d'ailleurs d'une foule de symptômes qui n'appartiennent qu'à la syphilis elle-même.

Prognostic. Le framboesia, en général, ne paraît pas immédiatement dangereux. Il est moins grave quand il attaque les blancs que quand il se manifeste chez les nègres. Certaines formes semblent plus rebelles que les autres. Il disparaît ordinairement plus vite chez les femmes que chez les hommes, chez les jeunes gens que chez les vieillards. Enfin, sa durée et sa gravité sont souvent en rapport direct avec l'état et l'étendue de l'éruption.

Quand le framboesia n'est pas très-grave, la nature en

opère quelquefois la guérison. Les tubercules disparaissent peu à peu par une résolution insensible; mais le plus souvent les végétations sont détruites par des ulcérations naturelles ou par des applications caustiques, et laissent après elles des cicatrices indélébiles. Dans quelques circonstances, le framboesia résiste à tous les moyens; et la maladie peut persister un temps infini sans déterminer aucun accident. Il paraît que quelquefois, au contraire, elle a fini par s'étendre plus profondément, et, attaquant les cartilages et les os, elle a déterminé des ramollissemens, des caries, etc.; la mort même aurait été le résultat d'une désorganisation plus ou moins étendue.

Traitement. Le framboesia réclame surtout un traitement extérieur. Cependant, on a vanté quelques médicamens internes. Ainsi, il paraît que l'on a employé avec avantage les sudorifiques et les purgatifs; mais, de tous les moyens, celui qu'on a le plus préconisé, et qui aurait eu le succès le plus heureux, c'est le *mercure*. Quelques auteurs pensent, au contraire, que, non-seulement il n'est d'aucune efficacité, mais encore qu'il peut augmenter cette maladie, et que les cas où il a si bien réussi étaient des affections syphilitiques qui ont été prises pour des frambœsia.

Quoi qu'il en soit, on se bornera le plus ordinairement à tenir le malade à un régime approprié à son état. On aura soin de le mettre aux amers, et de lui faire prendre quelques préparations toniques, si, comme cela arrive souvent, il est scrofuleux ou d'une constitution grêle et affaiblie.

On pourrait peut-être employer avec avantage les préparations arsenicales, et entre autres les *solutions de Fowler* ou de *Pearson*, qui réveillent avec tant d'énergie la vitalité de la peau. Ces moyens peuvent être très-utiles; il

faudrait les interrompre s'il survenait quelques symptômes d'irritation des muqueuses; mais c'est surtout par des applications extérieures qu'il convient d'attaquer le frambœsia. Ainsi, pour activer la résolution, on fera faire avec avantage des frictions avec les pommades de *protoiodure* ou de *deutoiodure* de mercure, le premier à la dose d'un scrupule à un demi-gros, et le second à celle de *douze grains* à un *scrupule* pour une once d'axonge.

Souvent l'on est obligé d'avoir recours à des applications plus énergiques; les tubercules ne tendent point à la résolution, et il devient urgent de les détruire. Les meilleurs caustiques à employer dans ces circonstances sont la *pâte arsenicale du frère Côme* et le *nitrate acide de mercure*. Dans un cas très-grave, où tous les autres moyens avaient échoué, M. Biett a eu recours au cautère actuel avec un succès complet.

La *pâte arsenicale du frère Côme* est un excellent moyen, et nous l'avons vu employer bien des fois dans les salles de M. Biett pour d'autres maladies, sans jamais déterminer les moindres accidens; mais il est indispensable de l'appliquer sur de très-petites surfaces à la fois, dans une étendue, par exemple, qui ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le *nitrate acide de mercure* agit aussi fort énergiquement, et il est également convenable de ne toucher avec lui que des surfaces peu étendues.

Enfin les bains, et surtout les bains de vapeur, et principalement les douches, peuvent seconder très-avantageusement les divers moyens employés, en activant aussi la vitalité de la peau.

MOLLUSCUM.

On a donné à cette maladie le nom de *molluscum* à cause de l'analogie des tubercules qui la caractérisent avec les proéminences nuciformes qui se développent sur l'écorce de l'érable.

L'histoire du molluscum est très-obscure, et Bateman est le premier qui ait appelé sur elle l'attention des pathologistes. C'est l'éruption fongoïde de Bontius. Avant et depuis ces auteurs, le molluscum paraît avoir été observé et décrit sous d'autres noms; mais il se présente trop rarement pour que l'on ait pu encore grouper ces variétés autour d'un genre bien distinct et bien tranché.

Le molluscum est caractérisé par des tubercules en général très-nombreux, à peine sensibles, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, tantôt arrondis, tantôt, au contraire, aplatis et irréguliers, offrant le plus ordinairement une large base, mais quelquefois présentant une sorte de pédoncule, enfin d'une couleur brunâtre dans quelques cas, mais le plus souvent conservant la couleur de la peau.

Ces tubercules se développent d'une manière très-lente, suivent une marche tout-à-fait chronique; ils peuvent durer un temps infini, et même toute la vie. Ils peuvent se manifester sur tous les points de la surface du corps, qu'ils occupent dans quelques cas à la fois. On les rencontre surtout à la face et au col.

Bateman a divisé cette maladie en *molluscum contagieux* et *molluscum non contagieux*.

Le *molluscum non contagieux* consistant en de petites tumeurs indolentes, de forme et de volume variables, dont plusieurs sont portées sur une sorte de pédoncule,

est moins rare que l'autre variété. Cependant on n'est point d'accord sur leur nature, et ce nom a été donné à des affections très-différentes, mais qui se ressemblent par la présence de ces tubercules. M. Tilesius a publié un cas très-extraordinaire de cette affection, occupant le visage et toute la surface du corps, sous la forme de petites tumeurs qui contenaient une matière athéromateuse. M. Biett a vu plusieurs cas analogues; mais les tubercules étaient durs, consistans, et paraissaient ne point contenir de liquide. Dans ses salles, à l'hôpital Saint-Louis, nous avons observé, chez un malade affecté de *prurigo senilis*, une foule de petites tumeurs indolentes qui existaient en grand nombre sur différentes parties du corps. La plus forte avait à peine le volume d'une noisette; d'autres étaient grosses comme de petits pois : elles paraissaient formées par une substance dense, fibreuse. La pression ne produisait aucune douleur.

M. Biett a rencontré une autre forme de molluscum non contagieux, chez quelques individus, et surtout chez des jeunes femmes à la suite des couches; elle consistait dans de petites tumeurs aplaties, fendillées légèrement à leur sommet, irrégulières, d'une couleur brunâtre ou fauve; ces tubercules aplatis et indolens étaient plus particulièrement répandus sur le col.

Le *molluscum contagieux* est une affection très-rare, et qui paraît n'avoir point encore été observée en France; Bateman lui-même n'en a vu que deux cas. Elle est caractérisée par des tubercules arrondis, proéminens, durs, de différentes grosseurs, lisses, transparens, sessiles, laissant écouler par leur sommet un liquide blanc, etc.

L'un des exemples rapportés par Bateman s'est présenté chez une jeune femme dont la face et le col étaient couverts d'un grand nombre de petites tumeurs comme tu-

berculeuses ; leur volume variait depuis celui d'une forte tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite fève ; elles étaient dures, semi-opaques, leur surface égale et luisante, leur couleur à peu près semblable à celle de la peau, et leur base plus rétrécie que le corps. En comprimant les plus volumineuses de ces tumeurs, on en faisait sortir, par une ouverture centrale qui devenait visible seulement alors, une très-petite quantité d'un fluide lactescent. La maladie existait déjà depuis un an, et cependant un fort petit nombre de ces tumeurs avait augmenté ; parmi ces dernières, quelques-unes semblaient tendre à la suppuration. La santé générale était mauvaise, et depuis qu'elle était ainsi malade, cette jeune femme avait beaucoup maigri. Dans ce cas le molluscum s'était développé à la suite d'une communication directe avec un enfant que cette femme allaitait, et qui offrait à la face une semblable tumeur. D'après les renseignemens obtenus, cet enfant avait lui-même gagné la maladie d'un domestique qui l'avait à la figure.

Le second cas, observé par Bateman, s'est présenté chez un enfant qui fut affecté du molluscum, après avoir été souvent porté par un autre enfant plus âgé, atteint lui-même de cette éruption.

Le docteur Carswell de Glascow nous a communiqué un cas remarquable de molluscum, analogue à ceux qui ont été rapportés par Bateman. Il l'avait observé lui-même à Edimbourg, conjointement avec M. Thomson, sur un enfant à la mamelle, auquel la maladie paraissait avoir été transmise par son frère, qui l'avait contractée, selon toute apparence, d'un jeune garçon de l'école qu'il fréquentait. Une chose très-remarquable, c'est qu'après s'être montrée sur la figure de ce très-jeune enfant, la maladie parut sur les seins de sa mère qui l'al-

laitait, et sur les mains de deux autres membres de la même famille. L'enfant mourut, mais il fut impossible de faire l'autopsie cadavérique. Du reste, dans tous ces cas, la maladie a toujours présenté les caractères qui ont été indiqués par Bateman.

Causes. On ne sait rien de positif sur les causes de cette maladie.

Diagnostic. La forme, la couleur, la disposition, la marche des petites tumeurs qui constituent le molluscum, suffisent sans doute pour les distinguer des tubercules syphilitiques, de ceux du framboesia et de l'éléphantiasis des Grecs. Certainement les caractères bien tranchés qui appartiennent au molluscum contagieux le distinguent tout-à-fait de celui qui ne l'est point; et peut-être même, si l'on avait un certain nombre d'observations exactes sur ces deux maladies, on trouverait qu'elles ont peu d'analogie ensemble. Leur histoire, du reste, est encore trop obscure pour que nous n'ayons pas dû les laisser *comme Bateman* les avait classées.

Prognostic. Le prognostic du molluscum ne présente rien de grave pour celui qui n'est pas contagieux; le développement et les progrès des tubercules ne paraissent se lier à aucun dérangement intérieur; ils deviennent rarement le siége d'une irritation marquée, et, parvenues à un certain degré d'accroissement, ils restent stationnaires pendant un temps infini, et même toute la vie, sans entraîner aucune conséquence fâcheuse. Le molluscum contagieux paraît être beaucoup plus grave. En général c'est une maladie très-rebelle.

Traitement. Le traitement doit naturellement se ressentir du petit nombre de faits observés, et ne saurait être établi d'une manière exacte sur le peu de connaissances que nous possédons sur cette maladie. M. Biett a essayé

une foule de moyens sur le molluscum non contagieux. Dans la première variété, il a cherché à déterminer une modification quelconque dans les tubercules; il n'a jamais pu produire le moindre changement.

Quant à la seconde forme il a pu obtenir une amélioration à l'aide de lotions stimulantes, styptiques. Ainsi, par des lotions plusieurs fois répétées par jour, avec une dissolution de sulfate de cuivre, il a pu faire disparaître complétement, au bout de quelques semaines, des petites tumeurs de molluscum, chez une jeune femme dont toute la partie antérieure du col en était couverte.

Enfin dans le *molluscum contagieux*, Bateman paraît avoir obtenu de bons effets de l'emploi des préparations arsenicales, et notamment de la solution de Fowler.

MACULES (1).

(*Maculæ.*)

La peau peut, comme nous l'avons vu, être le siége d'inflammations aiguës ou chroniques qui se manifestent par une foule de caractères extérieurs si variés, mais elle peut encore présenter dans sa *coloration* des altérations importantes, et qui diffèrent essentiellement de ces congestions morbides qui accompagnent, constituent ou suivent ces inflammations diverses. Mais s'il est du ressort de la pathologie cutanée de décrire ces *teintes* que la peau présente quelquefois, et qui semblent dépendre d'une altération du pigment, nous sommes loin de penser qu'elle comporte aussi ces changemens de couleur, qui ne sont

(1) Voyez la planche (n° 8).

que des symptômes d'une autre maladie, et n'ont aucune liaison avec l'enveloppe tégumentaire. Ainsi nous nous garderons bien, dans la crainte de grossir inutilement cet ordre, d'y rapporter les affections de ce genre, la *chlorose* et *l'ictère* par exemple; nous sommes trop bien convaincus que l'une et l'autre n'ont aucun lien qui les rapproche des maladies cutanées; que l'une (la chlorose), symptôme d'une affection plus grave, n'est que le résultat d'un trouble plus ou moins considérable dans la circulation; que l'autre, signe évident d'une maladie tout-à-fait étrangère, n'est produite que par la présence de la bile dans les vaisseaux capillaires, et ne constitue pas plus une lésion exclusive de la peau, que des autres membranes qui, comme elle, offrent la même teinte; que ni l'une ni l'autre, enfin, ne dépendent ni d'un *défaut* ni d'une *diminution* de sécrétion du pigment.

Nous ne comprendrons donc, dans l'ordre des macules, que des altérations de couleur, dépendant à leur tour d'une altération du pigment de la peau.

Les maladies rangées dans cet ordre sont caractérisées par des *colorations* ou des *décolorations*, qui se présentent sous la forme de taches plus ou moins étendues, et diffèrent d'une manière plus ou moins tranchée de la teinte des parties environnantes; ou au moins de la couleur habituelle de l'enveloppe cutanée.

Les macules sont générales ou partielles; quand elles sont partielles, elles peuvent, il est vrai, occuper presque toute la peau; mais alors ce n'est pas une surface continue comme dans les macules générales, mais ce sont des taches plus ou moins larges, qui laissent entre elles des intervalles où la couleur naturelle reste intacte; quelquefois elles sont répandues sur une seule région, comme on le voit souvent pour le *lentigo*, à la face. Dans d'autres cir-

constances, enfin, il n'y a qu'une seule macule bornée à un siége unique ; les *nævi*, par exemple.

La durée de ces affections varie suivant telle ou telle espèce, celle des colorations ou décolorations congéniales, celle des macules générales ; celle de quelques-unes qui sont partielles, est le plus ordinairement indéfinie ; il n'y a guère que les *Éphélides* proprement dites, auxquelles on puisse jusqu'à un certain point assigner un terme, qui ordinairement varie depuis un jusqu'à deux ou trois mois.

Ces macules paraissent avoir leur siége spécial dans la couche du corps muqueux qui est chargée de matière colorante (*gemmules*, Gaultier), et elles dépendent évidemment d'une altération du pigment. Il est donc important de les distinguer de ces teintes dont la production est sous l'influence du système vasculaire, et qui dépendent tantôt d'une congestion plus grande dans les capillaires, tantôt, au contraire, d'un afflux moins considérable, et dans d'autres cas enfin de la présence de matières étrangères dans l'appareil circulatoire. Bien que, malgré les travaux d'anatomistes habiles, malgré les recherches savantes de Gaultier, d'Eycorn, etc., l'anatomie de la peau laisse encore à désirer ; bien que la nature et la formation du pigment ne soient sans doute pas les points les moins obscurs, en attendant des découvertes plus positives, il est raisonnable de penser qu'entre l'*éphélide* et l'*ictère*, le *vitiligo* et la *chlorose*, il y a différence de nature et de siége.

Causes. La cause de la plupart des macules est encore tout-à-fait inconnue : ainsi, l'on a bien remarqué que l'administration, à l'intérieur, du *nitrate d'argent* déterminait quelquefois une teinte bronzée générale ; mais jusqu'à présent les travaux des chimistes, les observations des médecins et les recherches des anatomistes, n'ont pu expliquer ce phénomène singulier.

On ne possède aucun moyen de se rendre compte des *nævi materni*, et pour leur cause occasionelle même, il faut encore se contenter de ces croyances vulgaires, qui les attribuent à des impressions morales ressenties par la mère. Certes on ne saurait ajouter foi, dans la plupart des cas, à ces effets d'une imagination frappée, effets qu'on attribue souvent à une cause passagère, et à laquelle on fait attention, alors seulement qu'on veut la chercher. Cependant il y a des exemples qui semblent si bien constatés, et où l'on rencontre des rapports tellement exacts entre les objets qui ont frappé la mère lors de la gestation et l'empreinte qui existe sur le corps de l'enfant, que malgré soi on serait tenté d'admettre une certaine influence exercée dans quelques circonstances sur le fœtus, par les impressions reçues par celle qui le porte dans son sein.

Les *éphélides* se développent le plus souvent sous l'influence d'une cause jusqu'à un certain point appréciable.

Diagnostic. Les macules se présentent avec des caractères assez tranchés, pour être facilement distinguées des autres maladies de la peau.

Les symptômes de chacune des variétés suffisent toujours pour empêcher de les confondre entre elles.

Il y a cependant quelques colorations que l'on pourrait prendre pour des *taches syphilitiques*; mais comme ces dernières ne sauraient être confondues qu'avec les éphélides, nous établirons au diagnostic de cette maladie les différences qui les distinguent.

Prognostic et *traitement.* Les macules, bien qu'elles soient pour la plupart incurables, ne sont jamais incessamment graves; elle n'ont en général aucune influence sur l'économie.

Les éphélides qui paraissent être les seules, jusqu'à présent, qui soient susceptibles d'être guéries, sont peu rebel-

les, et cèdent ordinairement à une médication très-simple.

Quant aux autres variétés, l'obscurité qui règne encore sur leur nature explique le peu de succès des moyens thérapeutiques employés pour les combattre.

Nous diviserons les macules en *colorations* et en *décolorations.*

COLORATIONS.

Indépendamment des changemens de couleur que nous avons dit plus haut dépendre de la circulation capillaire et ne pas constituer réellement une maladie de la peau, cette membrane présente une foule de teintes diverses qui succèdent aux maladies dont elle est le siége, ou qui les accompagnent, et dont l'étude serait certainement du plus haut intérêt : ainsi les taches qui succèdent au *pemphigus*, la couleur fauve de l'*éléphantiasis des Grecs*, cette teinte particulière qui accompagne les éruptions syphilitiques, etc., présentent assurément des différences qui n'échappent point à l'observateur attentif, mais qu'il serait actuellement impossible de décrire. Un jour viendra sans doute où, la structure intime de la peau étant mieux connue, on pourra préciser avec plus d'exactitude ces différentes lésions.

Les colorations de la peau, qui sont réellement des maladies idiopathiques de cette membrane, sont ou générales ou partielles; la teinte bronzée constitue seule les colorations générales : au nombre des colorations partielles sont le *lentigo*, les *éphélides* proprement dites et les *nœvi.*

TEINTE BRONZÉE DE LA PEAU.

Il existe des exemples assez nombreux d'individus dont la peau a pris plus ou moins subitement une teinte *bron-*

zée. Cette coloration morbide a surtout été observée assez souvent à la suite de l'administration à l'intérieur, du nitrate d'argent; mais on a vu ce changement de couleur survenir accidentellement chez des individus qui n'avaient nullement fait usage de ce médicament, et nous-mêmes nous l'avons rencontré deux fois sur des malades chez lesquels il était survenu presque spontanément et sous l'influence d'une cause inconnue. M. Biett en a d'ailleurs observé plusieurs exemples. Dans ces cas, au reste, la coloration est bien moins foncée que lorsqu'elle est le résultat de l'ingestion du nitrate d'argent : la peau même semble plutôt présenter une teinte sale qu'une teinte bronzée.

La teinte bronzée est au contraire très-foncée, lorsqu'elle a succédé à l'administration de ce sel d'argent, employé depuis un certain nombre d'années contre l'épilepsie. Suivi quelquefois d'une guérison complète, et fréquemment au moins d'une amélioration manifeste, *l'emploi* de ce médicament laisse, il est vrai, quelquefois sur la peau une coloration d'un gris ardoisé, qui prend à la lumière une teinte verdâtre, et qui diffère essentiellement dans son ensemble de la coloration des mulâtres, à laquelle on l'a mal à propos comparée. M. Biett l'a employé avec succès chez plusieurs épileptiques, et chez plusieurs aussi son usage a été suivi de cette teinte bronzée. Parmi un plus grand nombre, trois de ces cas sont à notre connaissance. Dans deux, les accès, qui étaient tellement répétés, que chez un des épileptiques ils revenaient plusieurs fois par jour et semblaient menacer son existence, ils furent éloignés au point que ces malades n'en ont plus qu'un tous les trois ou quatre mois, et encore très-légers; chez l'autre, la maladie a entièrement disparu, et n'a manifesté aucun symptôme qui pût faire craindre son retour depuis près de dix ans. Le nitrate d'argent a bien laissé la teinte bronzée,

mais il n'a détérioré en rien la santé de ces trois malades, dont l'un fait le sujet d'une observation rapportée depuis avec inexactitude et des circonstances entièrement imaginaires.

C*** fut en effet reçu à l'hôpital Saint-Louis pour une épilepsie dont les accès étaient devenus tellement fréquens qu'ils ne devaient pas tarder à compromettre la vie du malade. Il fut soumis à l'usage du nitrate d'argent, qu'il continua pendant quinze mois, et non pas pendant trois ans, comme on l'a dit. Ce médicament, interrompu de temps en temps, et administré à la dose d'un demi-grain d'abord, fut porté progressivement jusqu'à huit grains par jour. Son administration ne détermina jamais le plus petit accident, et c'est à tort que l'on a avancé qu'il avait occasioné une gastro-entérite qui aurait duré toute une année, et dont C*** ne serait pas encore aujourd'hui parfaitement rétabli. Ce qu'il y a de positif, c'est que C*** n'a éprouvé aucun des symptômes d'une inflammation gastro-intestinale, que l'état de maigreur dans lequel il est aujourd'hui existait avant son entrée à l'hôpital Saint-Louis, que ses fonctions digestives sont très-actives et dans l'état tout-à-fait normal. Le nitrate d'argent a donc eu pour effet, chez ce malade, d'éloigner tellement les accès qu'ils ne reviennent plus qu'au bout de quelques mois, qu'ils sont extrêmement légers et sans perte de connaissance, et qu'il n'a été suivie d'aucun autre inconvénient que de la coloration bronzée.

Cette coloration se manifeste ordinairement assez long-temps après que l'on a commencé l'usage du nitrate d'argent : la peau prend d'abord une teinte bleuâtre, et peu à peu elle devient légèrement bronzée, ce qui est surtout sensible lorsque les parties ainsi colorées sont exposées au soleil. Cette coloration apparaît sur tous les points de la

surface du corps en même temps ; mais elle est en général plus sensible dans les parties où la peau est plus fine, surtout dans celles qui sont exposées à la lumière, à la figure et aux mains par exemple. Peu à peu la coloration devient plus foncée, au point qu'elle est quelquefois presque noire. Il est à remarquer que les conjonctives présentent ordinairement une teinte livide cuivrée, que la muqueuse de la bouche, dans les points de jonction avec la peau qui sont exposés à la lumière, est le siége d'une coloration analogue.

Un phénomène très-remarquable, c'est qu'au visage la teinte bronzée devient accidentellement plus foncée d'une manière bien évidente, sous l'influence de toutes les causes qui dans l'état ordinaire déterminent la pâleur : elle est au contraire bien moindre dans toutes les circonstances où habituellement le visage rougit.

La teinte bronzée peut avoir une durée considérable et même se prolonger toute la vie en conservant toute son intensité. M. Biett a vu à Genève deux individus chez qui cette coloration existait depuis plus de vingt ans avec la même intensité, et depuis quatorze ans qu'il a tenté un des premiers en France des expériences sur l'emploi du nitrate d'argent dans l'épilepsie, il a pu observer un certain nombre d'individus chez qui la teinte bronzée est encore tout aussi foncée que dans les premières années. On a vu cependant quelques personnes chez qui la coloration a un peu diminué progressivement, mais il n'existe encore aucun exemple qui prouve qu'elle ait disparu complétement.

Du reste, elle n'est accompagnée d'aucuns symptômes généraux, d'aucun trouble dans l'économie ; les parties même qui sont liées à l'appareil tégumentaire n'éprouvent aucune altération. Ainsi, les cheveux et les poils restent

tout-à-fait intacts; cependant les ongles sont le plus ordinairement colorés d'une teinte bleuâtre.

Ordinairement les cicatrices qui existaient avant cette coloration en sont atteintes elles-mêmes; quelquefois cependant elles n'y participent point; mais pour celles qui ont lieu après, M. Biett a eu l'occasion d'observer qu'elles restaient blanches, surtout quand elles étaient un peu profondes.

Cette coloration, dont la cause a été révoquée en doute, même dans ces derniers temps, a été observée par une foule de praticiens dignes de foi qui ont eu occasion d'employer le nitrate d'argent contre les maladies convulsives. Sans parler de Fourcroy, qui le premier a éveillé l'attention sur ce point important de physiologie pathologique, on peut citer Powell, Marcet, Roget, en Angleterre; Albers, Reimar, Schleiden, en Allemagne; MM. Butini, Delarive et Odier, en Suisse; en France, M. Biett, qui à lui seul en a observé vingt-trois cas, sept femme et quinze hommes, sans parler de ceux qu'il a eu occasion de voir en Angleterre et en Suisse. La plupart de ces individus ont pu être observés plusieurs années après l'apparition de la première coloration, et il a pu constater que chez le plus grand nombre elle conservait son intensité première.

Quelle est l'influence du nitrate d'argent sur la sécrétion du pigment? Faut-il attribuer ses effets à une combinaison chimique dans laquelle la lumière semblerait avoir une grande part? Dans l'état actuel de nos connaissances, ce phénomène n'est point susceptible d'une explication suffisante; toutes les hypothèses qui ont été imaginées peuvent être combattues par des objections plus ou moins solides. La plupart des questions que l'illustre Albers, de Brême, adressait à la société médico-chirurgicale de Londres à ce sujet, sont encore à résoudre.

La teinte bronzée ne présente rien de fâcheux ; elle ne constitue pas une maladie véritable.

La thérapeutique ne possède encore aucun moyen qui ait réussi à détruire cette coloration morbide, et à faire reprendre à la peau sa teinte naturelle. Jusqu'à présent les essais qui ont été tentés pour la modifier n'ont eu aucun résultat. Les bains excitans qu'on a proposés ne peuvent avoir aucun effet ; M. Biett a fait prendre à deux de ses malades, auxquels il donne des soins depuis près de dix-huit ans, des bains de mer, des bains chargés de sels alcalins ou de sels ferrugineux, sans jamais avoir obtenu le moindre changement. C'est à tort aussi que le docteur Badeley affirme que les vésicatoires, appliqués sur les points colorés, rendent à la peau sa couleur primitive. M. Biett, qu'il faut encore citer à ce sujet, a appliqué chez un de ses malades des vésicatoires sur les mains, et la peau a toujours conservé sa teinte bronzée. Cependant il est probable que des applications réitérées, en ayant soin d'essuyer à plusieurs reprises la surface dénudée, pourraient diminuer considérablement l'intensité de cette couleur ardoisée, puisqu'on a vu des cicatrices produites par des excoriations reprendre une couleur d'un blanc mat. Toutefois on ne doit point se dissimuler que si on voulait avoir recours à des applications successives de vésicatoires pour enlever cette teinte bronzée, au moins au visage, où elle frappe davantage, on rencontrerait des obstacles presque insurmontables aux paupières, aux bords du cartilage tarse, et à la conjonctive. L'individu, ainsi décoloré en partie, présenterait donc une sorte de *barriolage* plus désagréable qu'une couleur uniforme, bien qu'extraordinaire. C'est ce motif qui jusqu'à présent a empêché M. Biett de pousser plus loin les essais qu'il avait entrepris depuis plusieurs années.

LENTIGO.

(Taches de rousseur. — Éphélide lentiforme.

Le lentigo, connu vulgairement sous le nom de *taches de rousseur*, est caractérisé par de petites macules ordinairement d'un jaune fauve, ne dépassant jamais la largeur d'une lentille, le plus souvent beaucoup moindres. Congéniales dans beaucoup de cas, et dans quelques circonstances se développant après l'âge de neuf ou dix ans, elles durent toute la vie; seulement elles semblent plus prononcées à certaines époques. C'est ainsi qu'elles sont très-nombreuses et plus marquées dans la jeunesse : elles occupent ordinairement les mains, le col, le devant de la poitrine, et surtout la face. Comme on le voit, elles affectent de préférence les parties qui sont exposées à la lumière, elles peuvent cependant couvrir presque toute la surface du corps, et nous avons vu des individus dont toute la peau était ainsi tachetée.

Symptômes. Développées avec l'âge, elles se présentent sous la forme de petites taches assez exactement arrondies, jaunâtres, quelquefois comme ignées, répandues çà et là sans ordre, et laissant entre elles des intervalles plus ou moins grands dans lesquels la coloration de la peau est naturelle. Quelquefois elles se réunissent, surtout au nez et aux pommettes, et forment des taches plus ou moins larges. Elles ne sont nullement proéminentes, ne déterminent aucune douleur, pas même de démangeaison, et nuisent plutôt à la beauté qu'elles ne constituent un symptôme maladif.

Causes. On n'observe le lentigo que chez les individus blonds, roux ou rouges, chez ceux dont la peau est fine,

blanche et délicate, plus rarement chez les bruns. Il est quelquefois déterminé par l'insolation. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer des petites taches jaunes, etc., chez les personnes qui habitent la campagne, surtout chez les enfans, et chez ceux qui s'exposent à l'ardeur des rayons du soleil; dans ces cas, il est accidentel, et peut disparaître avec l'âge ou en changeant de climat. Il est plus commun dans les pays chauds; on le rencontre surtout chez les individus d'un tempérament lymphatique; il est rare de le voir chez les bruns, chez ceux qui sont forts, vigoureux, sanguins. Il est le plus ordinairement congénial.

Diagnostic. Les caractères assignés au lentigo sont trop bien tranchés, et c'est d'ailleurs une maladie trop connue, pour que l'on puisse jamais s'y tromper. Cependant, au tronc, il pourrait bien, en quelques circonstances, être pris pour une forme du *purpura*. En effet, cette dernière maladie se manifeste quelquefois par *des petites taches* exactement arrondies, ne dépassant point la largeur d'une lentille, quelquefois aussi beaucoup moindres; mais les taches purpurines sont d'un rouge livide : elles sont jaunes dans le lentigo; les premières peuvent occuper le tronc et les membres inférieurs sans se montrer à la face, qui n'en est, au contraire, que très-rarement le *siége*; les secondes, au contraire, n'existent presque jamais sur la poitrine et sur le ventre sans qu'on les rencontre en même temps au col et à la figure. Enfin les taches du purpura sont accidentelles, et dans ces circonstances, ordinairement de peu de durée, elles coïncident toujours avec quelque trouble de l'économie, tandis que celles du lentigo, presque toujours congéniales, durent toute la vie, et ne sont pas accompagnées du moindre dérangement dans la santé. Quand plusieurs taches du lentigo sont

réunies, elles pourraient en imposer pour des *éphélides;* mais la présence de petites macules isolées, leur durée, l'absence des démangeaisons, sont des caractères plus que suffisans pour les distinguer.

Le lentigo disparaît quelquefois à des époques indéterminées; le plus souvent il persiste : dans tous les cas, il ne constitue pas une maladie proprement dite, et ne réclame aucun traitement.

ÉPHÉLIDES (1).

(Taches hépatiques.)

Les éphélides sont des taches irrégulières beaucoup plus étendues que celles du lentigo, d'un jaune safrané, accompagnées le plus souvent de démangeaisons, et donnant lieu quelquefois à une exfoliation légère.

Les éphélides peuvent se développer sur tous les points de la surface du corps; mais on les rencontre le plus ordinairement à la partie antérieure du col, à la poitrine, au sein chez les femmes, sur l'abdomen, aux aines, et à la partie interne des cuisses. On ne les rencontre guère à la figure que chez les femmes enceintes, coïncidant évidemment avec la grossesse.

Leur durée varie depuis quelques jours jusqu'à un, deux mois et plus. Survenues quelquefois accidentellement et d'une manière spontanée, elles disparaissent promptement; dans d'autres circonstances, développées peu de temps avant l'apparition des règles, elles s'évanouissent lors de l'arrivée de cette évacuation. Mais le plus ordinairement, apparaissant peu à peu d'une manière lente, elles durent plusieurs septénaires, et même, si on ne leur oppose aucune médication, elles peuvent persister des mois entiers.

(1) Voyez la planche (n° 8. O.).

Symptômes. Précédées d'un léger prurit, les éphélides se manifestent par de petites taches assez régulierement arrondies, grisâtres d'abord, mais prenant peu à peu une teinte jaune, quelquefois aussi prononcée que celle du safran. Leur couleur, du reste, varie beaucoup, suivant les individus et suivant les endroits qui en sont affectés. Elles offrent, dans le principe, des diamètres différens; les unes sont de la largeur d'une pièce de dix sous, d'autres sont beaucoup plus petites; celles-là, au contraire, beaucoup plus larges. D'abord isolées et discrètes, elles sont répandues çà et là, et laissent entre elles de grands intervalles dans lesquels la peau a conservé sa couleur naturelle; mais bientôt elles se multiplient, s'élargissent, se joignent, se confondent, et forment de larges plaques irrégulières qui occupent quelquefois des surfaces si étendues, que si l'on se contentait d'un examen superficiel, souvent prenant la teinte morbide pour celle *de la peau*, on serait tenté de considérer les points peu étendus où elle a conservé sa couleur naturelle pour les parties malades que l'on croirait être le siége d'une décoloration. Les éphélides ne sont pas proéminentes, et ne s'élèvent pas au dessus du niveau des points qui les environnent; cependant quelquefois le doigt, promené sur leur surface, semble percevoir la sensation d'une légère saillie qui dépend sans doute d'une desquammation furfuracée très-légère dont elles peuvent être le siége.

Les éphélides ne sont accompagnées d'aucuns symptômes généraux, elles ne donnent lieu à aucun trouble de l'économie, mais elles déterminent habituellement des démangeaisons incommodes. Le prurit est considérablement augmenté par les moindres impressions morales, et surtout par les plus petits écarts dans le régime. Il est ordinairement plus vif chez les femmes et chez les jeunes

filles lorsqu'elles approchent de l'époque de la menstruation. Il devient quelquefois assez insupportable pour que les malades ne puissent résister au désir impérieux de se gratter, ce qui, loin de le calmer, l'accroît encore davantage. Ces démangeaisons, augmentées le plus ordinairement par la chaleur du lit, occasionent quelquefois des insomnies longues et pénibles.

Quelquefois les éphélides, accidentelles et passagères, se terminent par résolution et disparaissent en peu de jours, dans quelques cas même au bout de quelques heures; dans d'autres circonstances, elles donnent lieu à une exfoliation épidermique, et suivant une marche assez lente, elles persistent plus ou moins long-temps.

Causes. Les éphélides se manifestent chez tous les individus; elles attaquent indifféremment les deux sexes, mais on les rencontre surtout chez les femmes, et principalement chez celles qui sont blondes, qui ont la peau fine et délicate, bien qu'il ne soit pas rare de les trouver aussi chez celles qui sont dans des conditions tout-à-fait opposées, dont les cheveux sont très-noirs et la peau brune; dans ces derniers cas, elles présentent une teinte bien plus foncée. Déterminées quelquefois par l'insolation, par des écarts de régime, par l'ingestion de certains alimens salés, fumés, etc., elles coïncident souvent avec une suppression ou une diminution d'un flux habituel, soit menstruel, soit hémorrhoïdal; il est même des femmes chez lesquelles, tout-à-fait fugitives, elles ne paraissent que dans ces dernières circonstances. On a rencontré ces taches chez des individus qui étaient atteints en même temps de quelque inflammation chronique du foie, et on a attribué leur origine à l'affection de cet organe (*éphélides hépatiques*). Cette complication, que l'on ne rencontre que dans les cas les plus rares, est loin de constituer une seule et

même maladie dont l'une ne serait que le symptôme de l'autre. Les *éphélides hépatiques* ne sont pas plus sous la dépendance du foie que sous celle de l'*estomac* ou des *poumons*. Dans la plupart des cas, les personnes qui en sont atteintes jouissent d'une très-bonne santé, et la maladie consiste tout entière dans une altération du pigment de la peau. Ce sont les éphélides qui constituent ce *masque* que l'on rencontre quelquefois sur la figure des femmes enceintes.

Diagnostic. Les caractères assignés aux éphélides sont assez tranchés pour ne pas, dans la plupart des cas, rendre leur *diagnostic* difficile. Il y a cependant quelques maladies de la peau tout-à-fait différentes qui, dans certaines circonstances, pourraient être confondues avec elles : tels sont le *pityriasis*, les *taches syphilitiques*, et les *nævi*, dont la teinte se rapprocherait des éphélides.

Pityriasis. Le *pytiriasis versicolor* est une maladie *squammeuse*, une véritable inflammation des couches superficielles du derme, ce n'est plus ici seulement une exfoliation légère, farineuse, mais c'est une desquammation formée par la chute de petites lamelles plus ou moins larges de l'épiderme altéré. Cependant la coïncidence de la teinte jaune rend quelquefois difficile le diagnostic de ces deux maladies, qui semblent se rapprocher encore, et par leur exfoliation et par la légère inégalité qui est appréciée par le doigt, promené sur leur surface. Le *pityriasis* n'est jamais accompagné de ces démangeaisons qui sont constantes dans les éphélides.

Taches syphilitiques. La teinte livide ou cuivrée, le défaut d'exfoliation épidermique, l'absence de toute démangeaison, la connaissance des circonstances antérieures et souvent des symptômes concomitans, distingueront

toujours les colorations qui dépendent d'un principe vénérien.

Nævi. Quelques *nævi* dont la couleur serait d'un jaune plus ou moins foncé et se rapprocherait de celle des éphélides, et qui en même temps ne dépasseraient pas le niveau de la peau, pourraient quelquefois être confondus avec les éphélides; mais on conçoit facilement qu'indépendamment de leur petit nombre, et quelquefois de leur existence unique, de l'absence de toute démangeaison, leur origine congéniale et leur incurabilité sont des caractères qui ne sauraient permettre long-temps le moindre doute et la moindre erreur.

Prognostic. Les éphélides constituent une maladie très-légère; celles qui se montrent dans les premiers temps de la grossesse disparaissent quelquefois dans les premiers mois; d'autres fois elles persistent jusqu'après l'accouchement, mais elles ne doivent donner aucune inquiétude, et ne réclament aucune espèce de traitement. Celles qui précèdent ou accompagnent les époques menstruelles, extrêmement fugaces, n'ont qu'une durée éphémère. Dans les autres circonstances, les éphélides n'entraînent d'autre inconvénient que de déterminer des démangeaisons assez vives qui, la plupart du temps, cèdent facilement à une médication appropriée.

Traitement. Des lotions astringentes, des linimens détersifs, les pommades alcalines, et toutes les applications résolutives, ou qui ont pour but de donner du ton à la peau, sont toutes pour le moins inutiles, et peuvent même n'être pas sans inconvéniens. Le traitement des éphélides est des plus simples : de l'eau sulfureuse à l'intérieur, celles d'Enghien ou de Cauterets, par exemple, deux ou trois bains sulfureux par semaine, et dans certains cas quelques légers laxatifs, tels sont les moyens auxquels

elles cèdent le plus ordinairement. En commençant l'usage de l'eau d'Enghien, le malade doit la couper d'abord avec deux tiers d'eau d'orge ou de lait, puis il augmente peu à peu la dose sulfureuse jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la prendre pure.

Dans quelques circonstances où les éphélides occupant certaines régions, la partie interne des cuisses, par exemple, et les aines, détermineraient une démangeaison presque insupportable, le malade pourrait, les jours où il ne prendrait point de bains, faire des lotions sur ces divers points avec une once de sulfure de potasse dissous dans deux livres d'eau. Il est inutile d'ajouter que le malade doit éviter les écarts de régime, et surtout les boissons stimulantes.

NÆVI MATERNI.

Il faut entendre sous la dénomination commune de *nævi materni* toutes ces empreintes congéniales de la peau qu'on attribue vulgairement aux impressions éprouvées par la mère et transmises au fœtus. Ces différentes taches ont été désignées sous le noms de *spili*, de σπιλος (macula), de *nævi* proprement dits, et de *signes*. Ainsi, on rencontre quelquefois, sur différentes parties de la surface du corps, des points colorés dont la forme, la teinte et la structure sont tout-à-fait remarquables.

1°. Tantôt ce sont des taches qui ne dépassent point le niveau de la peau (*spili*), et qui consistent évidemment dans une altération du pigment; elles peuvent se développer sur les différens points de la surface du corps, sans qu'on puisse se rendre compte pourquoi elles occupent plutôt tel ou tel siége. On les rencontre cependant plus communément à la face. Congéniales, elles peuvent diminuer d'intensité, mais elles ne disparaissent jamais tout-

à-fait, et durent toute la vie. Elles présentent une foule de nuances, une foule de formes et de dimensions différentes qu'il serait impossible de décrire. Il est peu de teintes que ces *nævi* n'aient affectées, mais le plus communément ils sont jaunâtres ou tout-à-fait noirs; dans ces derniers cas surtout, ils se recouvrent habituellement de poils durs et courts. Leur forme est le plus souvent assez irrégulière; quelquefois cependant elle se rapproche exactement de celle de certains objets usuels, ce qui n'a pas peu contribué à accréditer l'hypothèse de leur formation. Enfin quelquefois bornées à de très-petits espaces, ces taches peuvent, au contraire, dans quelques circonstances, occuper des surfaces très-étendues, la moitié de la figure, par exemple, un membre tout entier, une grande partie du corps. Ces *nævi pigmentaires* ne déterminent aucune douleur, ne s'accompagnent d'aucune démangeaison. Quelquefois leur teinte diminue un peu; d'autres fois elle reste la même, et dure toute la vie.

2°. Tantôt ces empreintes de la peau (*nævi*) ne sont plus une simple altération du pigment; mais elles sont sous la dépendance du système vasculaire, et alors elles peuvent se présenter sous deux états différens.

Dans l'un, tout-à-fait superficielles, elles constituent des taches dont la teinte est entièrement sous l'influence de toutes les causes qui accélèrent la circulation. Ordinairement rouges ou violettes (taches de vin), elles augmentent d'intensité par un écart de régime, par une impression morale vive, à l'approche de la menstruation, etc.; la peau même, dans quelques circonstances, semble légèrement tuméfiée.

Dans d'autres, plus ou moins saillantes au dessus du niveau de la peau, obrondes, étendues, aplaties ou pédiculées, elles constituent presque toutes les tumeurs érectiles

du célèbre professeur Dupuytren. Aussi nous nous bornons ici à indiquer ces *nævi vasculaires* parce qu'ils tiennent jusqu'à un certain point aux macules; mais leur histoire et les moyens qu'il convient de leur opposer appartiennent à la chirurgie.

3°. Enfin on a décrit sous le nom de *signes* de petites taches brunes, quelquefois superficielles, dans d'autres cas, au contraire, légèrement proéminentes, ordinairement exactement arrondies, dépassant rarement la largeur d'une lentille, et sur lesquelles on voit presque toujours implantés un ou plusieurs poils. Les signes participent tantôt des *nævi pigmentaires*, tantôt des *nævi vasculaires*. Le plus souvent, cependant, ils tiennent de cette seconde variété; car ils peuvent quelquefois déterminer quelques démangeaisons, se gonfler, et devenir douloureux sous la moindre influence irritante. Le plus ordinairement développés chez les fœtus, on les aurait vus quelquefois se manifester après la naissance, et dans ce cas, *ils seraient* susceptibles et d'augmenter et de disparaître.

On ignore entièrement quelle peut être la cause prochaine des *nævi*, et en accordant même, suivant les croyances vulgaires, quelque influence aux affections morales de la mère, influence qui est évidemment nulle dans le plus grand nombre des cas, mais qu'on ne saurait rejeter entièrement dans quelques circonstances, il resterait encore à connaître leur mode de formation. On a cru voir que les *nævi* étaient plus fréquens chez les enfans dont les mères étaient sujettes à des inflammations de la peau. Cette observation, si elle était rigoureusement vraie, ce qui n'est point démontré, serait une simple remarque qui n'éclairerait en rien l'étiologie de ces altérations cutanées.

Les *nævi* ne réclament en général aucune espèce de

traitement; il faut les abandonner à eux-mêmes, au moins ceux qui dépendent d'une altération du pigment (spili). On ne saurait en effet les détruire que par des caustiques ou en les enlevant à l'aide de l'instrument tranchant; mais ces opérations, qui n'auraient évidemment pour but que de faire disparaître des taches désagréables, puisque les *nævi* pigmentaires ne constituent point de maladie, seraient certainement inutiles, puisqu'elles laisseraient après elles des cicatrices aussi difformes, et souvent plus désagréables que les macules elles-mêmes.

Quant aux *nævi vasculaires* et surtout ceux qui constituent des tumeurs plus ou moins saillantes, leur siége et le danger qu'ils pourraient faire courir par leurs moindres lésions en exposant à une hémorrhagie souvent difficile à arrêter, sont tels qu'il est quelquefois indispensable de les faire disparaître, et leur traitement appartient tout entier à la chirurgie; il consiste, pour la plupart des cas, dans la compression de la tumeur, la ligature, l'ablation avec l'instrument tranchant, et enfin dans la ligature du tronc de l'artère dont elle reçoit le sang. Les cautérisations ont paru dans ces circonstances devoir entraîner des accidens assez graves.

DÉCOLORATIONS.

Non-seulement la peau peut présenter des changemens dans sa coloration habituelle, qui dépendent d'une altération de son pigment, mais encore, dans quelques circonstances, elle est entièrement décolorée, comme si elle était privée du réseau muqueux de Malpighi ou du pigment déposé à sa surface : cette décoloration peut être congéniale ou accidentelle, partielle ou générale.

ALBINISME.

La *décoloration générale et congéniale* constitue cet état fort singulier connu sous le nom d'*albinisme*, d'autant plus remarquable que les *albinos* ne forment pas une espèce séparée, et qu'on les observe, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, dans toutes les races humaines.

La peau de ces hommes décolorés est d'un blanc mat, offrant assez bien l'aspect du lait; les cheveux lisses, soyeux, ressemblent souvent aux poils blancs de la chèvre; ordinairement droits et rudes, ils sont quelquefois d'une blancheur éclatante; les sourcils, les cils, les poils de la barbe, ceux des aisselles et des parties génitales sont de la même couleur; tout le corps du reste est couvert d'un même duvet laineux d'un blanc de neige et d'une mollesse tout-à-fait remarquable. L'iris est d'une couleur rose, et la pupille offre une rougeur prononcée, changemens qui dépendent de l'absence du pigment, de la choroïde et de l'uvée. Les yeux ne peuvent supporter l'éclat de la lumière dont l'impression paraît être douloureuse aux albinos. Aussi, quand ils sont exposés au grand jour ils clignotent sans cesse, et la pupille est le siége d'oscillations rapides et continuelles. Ordinairement, au contraire, à l'approche de la nuit, et lorsque le temps est couvert, les albinos distinguent très-facilement tous les objets. Le développement physique et moral des albinos, comme la décoloration de leur enveloppe cutanée, se ressent d'une faiblesse générale de leur organisation. Ordinairement petits, peu développés, ils sont grêles, et leur constitution est très-délicate. Les facultés intellectuelles sont en général assez obtuses, et même le phénomène rare de l'albinisme s'est rencontré plusieurs fois chez des idiots.

Nous ne connaissons aucun exemple de véritable décoloration générale accidentelle.

Les décolorations paraissent, comme nous l'avons dit, tenir à l'absence du pigment; quant à la cause première, elle est tout-à-fait inconnue. L'albinisme ne paraît pas être plus essentiel à certaines races qu'à certains climats, et de même qu'il affecte les blancs comme les nègres, on le rencontre aussi bien en Europe que dans l'Afrique, quoiqu'il soit cependant beaucoup plus commun dans certaines parties du monde.

L'albinisme se présente avec des caractères tellement spéciaux qu'il est impossible de jamais le confondre : c'est un état qu'on ne saurait méconnaître à la première inspection : il est, comme on le pense bien, au dessus des ressources de l'art, et ne réclame l'emploi d'aucun moyen thérapeutique.

VITILIGO.

La peau peut aussi devenir le siége de décolorations partielles, et cette maladie, connue sous le nom de *vitiligo*, peut être congéniale ou accidentelle.

On ne rencontre le vitiligo congénial que chez les nègres, qui présentent quelquefois sur diverses régions du corps des taches blanches de formes et de dimensions variées. Lorsque ces taches ont lieu sur des points couverts de poils, ceux-ci sont eux-mêmes décolorés. Les nègres qui présentent cette particularité sont connus sous le nom de *nègres pies*.

Le vitiligo est le plus souvent accidentel, et même c'est le seul que l'on observe chez les blancs; il peut se développer sur toutes les parties du corps, mais on le rencontre surtout chez l'homme, ayant son siége aux bourses; il se manifeste par des taches d'un blanc laiteux, tout-à-fait irrégulières, et se présente quelquefois sous la forme de stries longitudinales. Dans d'autres circonstances, au contraire, ce sont des plaques plus ou moins larges, si-

perficielles, qui ne sont accompagnées d'aucune chaleur, d'aucune démangeaison. Ces taches, qui se manifestent surtout chez les vieillards, peuvent augmenter progressivement au point d'acquérir souvent une étendue très-considérable.

Causes. Le vitiligo se développe constamment sous une influence qu'on ne peut apprécier.

Diagnostic. Il se présente avec des caractères qui n'appartiennent qu'à lui, et que par conséquent on ne saurait confondre. On se gardera bien de prendre pour des taches de vitiligo, ces lignes blanchâtres que l'on rencontre sur la peau des mamelles quand elle a été fortement distendue pendant l'allaitement, ni celles qui, sur le ventre, succèdent à une hydropisie ascite, ou à la grossesse : ces lignes blanches, auxquelles on a donné le nom de vitiligo (*vitiligo hydropicorum*, *gravidarum*, J. Franck), bien loin d'être des décolorations, résultent de la destruction du corps muqueux dans ces points, à la suite de déchirures plus ou moins grandes, produites par une distension forcée.

Traitement. Nous avons vu plusieurs exemples de vitiligo, dans le service de M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis; mais c'était rarement pour cette affection que les malades venaient réclamer les secours de la médecine, et même la plupart se sont présentés au traitement externe, où ils n'ont fait que passer. Quant à ceux qui ont été traités dans les salles, les divers moyens employés contre ces décolorations, et entre autres les bains excitans n'ont amené aucun résultat avantageux; en un mot, nous ne connaissons pas un seul cas où elles aient disparu, et nous ne saurions présenter contre elles aucune médication. Du reste, c'est une affection, suivant toutes les apparences, très-légère, et qui ne doit réclamer, dans la plupart des cas, aucune espèce de traitement.

MALADIES

QUI PAR LEUR NATURE NE PEUVENT SE RAPPORTER A AUCUN DES ORDRES DÉCRITS CI-DESSUS.

LUPUS.

(*Lupus vorax; herpes exedens.*)

Le *lupus* est une maladie qui s'annonce au début, quelquefois par des taches d'un rouge violacé, mais le plus ordinairement par des tubercules plus ou moins volumineux, livides, indolens, et caractérisée surtout par sa tendance à détruire les parties environnantes et même les tissus sous-jacens, sous la forme d'ulcères ichoreux de mauvaise nature, se recouvrant de croûtes brunâtres, ordinairement très-adhérentes, qui laissent voir à leur chute des destructions nouvelles.

Le *Lupus* présente de grandes différences ; non-seulement suivant son siége, la rapidité de sa marche, et l'étendue de la destruction qu'il produit, mais encore suivant le mode même de cette destruction et la forme que revêt l'ulcération. Ainsi, tantôt il étend ses ravages en surface; tantôt il envahit successivement les parties sous-jacentes; d'autres fois enfin, il est accompagné d'une véritable hypertrophie de la peau : aussi M. Biett le distingue-t-il en trois variétés principales. 1°. Celui qui détruit en surface; 2° celui qui détruit en profondeur; 3° le *lupus* avec hypertrophie. Cette division est tout-à-fait pratique,

et facilite beaucoup l'étude et la description de cette maladie.

Le siége le plus ordinaire du *lupus* est la face, et le nez est le point sur lequel il exerce le plus ordinairement ses ravages, sans que l'on puisse expliquer en aucune manière une prédilection aussi singulière et aussi fâcheuse : les joues, les lèvres et le menton sont ensuite les parties qu'il semble attaquer de préférence, bien qu'il puisse affecter certaines régions, soit du tronc, soit des membres. Au tronc, on l'observe surtout sur la poitrine et sur les épaules ; aux membres, la peau voisine des articulations, celle de la face externe de l'avant-bras, du dos de la main et du pied en sont le plus fréquemment le siége. Enfin il n'est pas rare de voir le lupus se développer au cou, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure. Dans certains cas, le lupus est borné à une seule partie ; dans d'autres il attaque à la fois ou progressivement, un plus ou moins grand nombre de régions chez le même individu.

C'est ordinairement par un point d'un rouge obscur, élevé, dur, en général peu étendu, que se développe le lupus dans le plus grand nombre de cas. Ces petites tuméfactions indolentes de la peau, dont la marche est lente et progressive, ont été désignées sous le nom de tubercules. Ces tubercules peuvent rester long-temps peu développés, quelquefois au contraire leur volume est de prime abord très-considérable ; dans tous les cas ils ont une teinte d'un rouge obscur, et paraissent dans le commencement n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. Ils se recouvrent quelquefois à leur sommet de petites squammes blanches et sèches ; souvent plusieurs se réunissent, et forment ainsi une surface plus ou moins étendue, nullement douloureuse, mollasse au toucher, et

qui s'ulcère au bout d'un espace de temps très-variable.

Bien que ce soit le mode de développement le plus ordinaire du lupus, il ne se manifeste cependant pas dans tous les cas avec ces caractères, et c'est à tort que l'on a rangé cette maladie parmi les inflammations tuberculeuses; car il est constant que dans plusieurs circonstances ces tubercules ne sont pas les lésions élémentaires du lupus. Ainsi, quelquefois il débute par une inflammation de la muqueuse des fosses nasales, accompagnée de rougeur et de gonflement du nez; il s'y forme une croûte mince, on l'arrache, elle est remplacée par une autre plus épaisse, et la destruction a déjà commencé. Dans quelques circonstances il se manifeste d'abord une rougeur violacée sur tel ou tel point de la face, mais surtout à l'extrémité du nez, qui, en même temps est le siége d'une légère tuméfaction; pendant plusieurs mois, la teinte augmente peu à peu; la surface s'anime; il s'établit une ulcération légère, et il s'y forme une croûte qui devient bientôt épaisse et qui recouvre une ulcération tendant à devenir de plus en plus profonde. Enfin la peau peut s'amincir par degrés insensibles, et offrir l'apparence d'une cicatrice sans avoir été précédée de tubercules ni d'ulcérations, et sans avoir présenté d'autres lésions qu'une teinte livide, surmontée de temps à autre d'une desquammation légère, et souvent à peine appréciable.

Lupus qui détruit en surface. Le lupus étendu sur une surface plus ou moins large offre quelques variétés qui méritent d'être décrites. Ainsi, dans quelques cas bien rares, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On observe cette variété à la face et aux joues en particulier: il ne se développe pas de tubercules; il ne se forme pas de croûtes; mais la peau prend une teinte rouge; des exfoliations épidermiques

ont lieu sur la surface malade ; la peau s'amincit graduellement ; elle est lisse, luisante, rouge, et offre ensuite l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle : la rougeur disparaît sous la pression du doigt ; le malade n'éprouve aucune douleur, mais le toucher en développe. La surface devient sensible après un violent exercice et des excès de boisson. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès, la rougeur disparaît ; il ne se forme plus de légères exfoliations épidermiques, mais la peau reste mince et luisante : elle est lisse au toucher, et paraît avoir perdu de son épaisseur.

Dans d'autres cas, il se développe sur la peau un ou plusieurs petits tubercules mous, d'un rouge obscur ; après être restés stationnaires pendant un temps plus ou moins long, tout à coup ils prennent de l'accroissement, ils se multiplient, la peau devient le siége d'un léger gonflement comme oedémateux dans les intervalles qui *les séparent* ; leurs bases se confondent, leurs sommets s'ulcèrent, et bientôt ce n'est plus qu'une surface continue, qui présente une ulcération irrégulière de mauvaise nature. Cette ulcération se recouvre d'une croûte noirâtre fort adhérente ; elle gagne de proche en proche. Le plus souvent, quand la maladie tend ainsi à envahir les surfaces circonvoisines, il s'établit progressivement aux points de départ, des cicatrices blanches, bridées, irrégulières, qui ressemblent assez bien à celles qui sont le résultat de larges brulûres. Ce phénomène a lieu surtout à la suite de médications plus ou moins bien dirigées. Le lupus peut envahir ainsi de proche en proche des surfaces très-étendues, tout le visage, par exemple ; souvent il se présente encore avec plus d'intensité, et pendant qu'il envahit sans cesse les parties saines, les cicatrices anciennes sont détruites de nouveau. En effet, elles viennent toujours se rendre à des tubercules plus ou moins

volumineux, souvent très-saillans, rouges, qui semblent leur fournir un point d'attache, et c'est l'ulcération qui s'établit au sommet de ces petites tumeurs indolentes, qui gagne bientôt les cicatrices elles-mêmes, et les détruit très-promptement. C'est toujours par la formation de nouveaux tubercules, qui circonscrivent les ravages du lupus par une espèce de bourrelet dur, rugueux et tuméfié, et au bout d'un certain temps par leur ulcération, que le lupus s'étend et fait de nouveau progrès. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, une maladie de ce genre, commencer dans la région sous-maxillaire, s'étendre lentement de proche en proche, malgré le traitement employé, et dans l'espace de quelques années, envahir tout le menton, une grande partie des joues, et toute la partie antérieure du col. Quelquefois, c'est vers l'une ou l'autre commissure des lèvres que se développent les tubercules; des incrustations épaisses succèdent aux ulcérations, et le malade, alors, ne peut ouvrir la bouche qu'avec difficulté.

Le nez, qui est rarement le siége primitif de cette variété du lupus, n'est pas respecté dans ses ravages, et souvent les croûtes qui s'y forment entraînent à leur chute une partie de ses ailes et de son extrémité. Lorsque les croûtes sont enlevées, et qu'un traitement convenable est mis en usage, il ne s'en reforme pas de nouvelles. Quelquefois la surface est rugueuse et parsemée de petits tubercules rouges, blafards; d'autres fois elle présente un meilleur aspect: elle se recouvre de petites desquammations minces, comme épidermiques, et on ne tarde pas à y voir une cicatrice blanche, solide dans plusieurs points.

A cet état d'amélioration, quand les ravages du lupus ont été fort étendus, la figure présente un aspect tout-à-fait remarquable: elle offre une foule de cicatrices irrégulières, souvent très-étendues, d'un blanc quelque-

fois rosé, tendues, luisantes, assez épaisses dans quelques points, mais dans d'autres tellement minces, qu'elles paraissent comme transparentes, et qu'on dirait qu'elles sont sur le point de se rompre. On retrouve ces derniers caractères sur les parties qui ont été envahies plusieurs fois, et dont les cicatrices ont été détruites par des ulcérations successives. Presque toujours ces cicatrices viennent se rendre, à des distances plus ou moins éloignées, à la base de quelques tubercules entre lesquels elles semblent comme bridées. D'autres fois on observe, sur divers points de leur circonférence, des croûtes noirâtres et qui souvent tardent beaucoup à se détacher.

Cette variété du lupus peut également occuper de larges surfaces sur la poitrine, sur les membres, à la partie antérieure des cuisses, et même ces diverses régions ne sont ordinairement le siége que de la variété qui détruit en surface.

Lupus qui détruit en profondeur. Cette variété occupe en particulier le nez, et se développe sur les ailes ou bien à son extrémité; dans un grand nombre de cas, son apparition est précédée de rougeur et de gonflement de cette partie, avec coryza. L'une des ailes du nez se tuméfie, devient douloureuse : elle est le siége d'une rougeur violacée. Il s'établit une ulcération légère, puis il se forme une petite croûte; on l'arrache, elle est remplacée par une autre plus épaisse, et chaque fois elle entraîne avec elle une véritable perte de substance peu appréciable d'abord, mais qui devient bien sensible au bout d'un temps plus ou moins long.

Cette rougeur, ce gonflement, s'étendent souvent à l'extrémité du nez et à l'autre aile : les parties sont alors couvertes d'une croûte dont l'épaisseur augmente graduellement; le malade souffre peu ou à peine; la peau et les cartilages se détruisent sous la croûte, et en faisant

tomber celle-ci on trouve une ulcération d'un mauvais caractère, d'où suinte un fluide séro-purulent, en assez grande abondance. Un écoulement fétide a souvent lieu par le nez; on distingue difficilement la perte de substance, à cause de la tuméfaction; mais quand celle-ci diminue, on l'aperçoit facilement. Dans d'autres cas il n'existe pas de coryza ni de tuméfaction; un seul point tuberculeux, rouge, lisse, mou, se développe et s'ulcère dans un espace de temps plus ou moins long.

L'étendue de la partie détruite est très-variable; quelquefois la presque totalité du nez a disparu; d'autres fois l'extrémité seulement a été détruite : mais la maladie ne borne pas là ses ravages : des tubercules se forment sur les cicatrices, de nouvelles ulcérations leur succèdent. Alors les parties qui furent jadis épargnées sont entièrement détruites, et le nez peu disparaître tout-à-fait, ainsi que la cloison elle-même : une seule ouverture, conduisant dans les fosses nasales, le remplace lorsque la cloison se trouve également détruite. Souvent le nez est seulement rongé à sa superficie, mais d'une manière égale, en sorte qu'à la place d'un nez de volume ordinaire on en trouve un, effilé et pointu, dont les narines tendent constamment à se boucher; habituellement rouge, excepté à l'angle qui réunit en haut les deux portions latérales, où le cartilage saillant présente une teinte jaunâtre que l'on aperçoit très-bien au travers de la cicatrice transparente. Du reste, cette disposition des narines à se fermer est encore plus remarquable dans le lupus avec hypertrophie. Dans d'autres cas le nez ne se trouve pas ainsi rapetissé, mais on dirait qu'une partie en a été enlevée avec l'instrument tranchant.

La destruction produite n'est point en rapport avec la durée du mal; quelquefois, après plusieurs années, une

petite étendue du nez seulement se trouve détruite, tandis que dans d'autres, il est presque entièrement rongé dans un espace de dix à quinze jours. Nous avons vu dans le service de M. Biett, un cas remarquable par la rapidité de l'ulcération : c'était celui d'une femme âgée de trente-six ans, chez laquelle un lupus avait détruit, depuis plusieurs mois, une partie de l'aile gauche du nez; le mal fut borné au moyen de la cautérisation avec la *pâte arsenicale :* mais l'extrémité de cette partie prenait de temps en temps une teinte d'un rouge livide; des croûtes se formaient dans l'intérieur des fosses nasales, d'où il se faisait un écoulement puriforme. La teinte rouge livide de l'extrémité du nez disparaissait quelquefois presque entièrement; elle était d'autres fois très-marquée. On ne peut mieux la comparer qu'à celle qu'offre cette partie chez les personnes affectées d'*acné rosacea*, et une chose importante à noter, c'est qu'il ne s'y trouvait pas de tubercules. Enfin cette teinte devint de plus en plus foncé; il s'y établit une ulcération légère, suivie d'une petite croûte, qui, dans quelques jours, était déjà très-épaisse; il existait en même temps de vives douleurs. Cette croûte fut enlevée quatre ou cinq jours après sa formation, au moyen de lotions et de cataplasmes émolliens; mais l'extrémité du nez était déjà détruite. On arrêta le mal en cautérisant avec une solution de *nitrate acide de mercure*; mais environ trois semaines après, la partie presque cicatrisée devint d'un rouge vif, et une nouvelle ulcération commença sur ce point. Il se développa, sur la moitié droite de la lèvre supérieure, un point rouge qui produisit un assez vive douleur et se recouvrit d'une croûte épaisse. L'ulcération marcha rapidement, et une partie de la lèvre fut détruite en moins de quinze jours. Les antiphlogistiques, les adoucissans, les lotions avec la liqueur de Labarraque,

n'ayant produit aucun effet, M. Biett arrêta le mal de nouveau en cautérisant avec la pâte arsenicale. On voit, dans ce cas, combien la marche du lupus peut être rapide, et qu'il n'est pas toujours précédé de tubercules. Une rougeur morbide avec une légère tuméfaction de l'extrémité du nez, préexistaient seulement à l'ulcération et à la destruction de cette partie; mais à la lèvre supérieure, laro ugeur a seulement précédé de quelques jours l'ulcération.

Dans presque tous les cas du lupus fixé au nez, il existe en même temps une affection de la muqueuse des fosses nasales, etmême, dans quelques circonstances, toute la cloison intermédiaire peut être détruite avant que le nez soit rongé au dehors. Nous en avons vu un exemple bien remarquable. D'autres fois cette destruction commence à la peau, s'étend sur la muqueuse pituitaire, parcourt tout le plancher des fosses nasales, se propage en revenant sur la muqueuse palatine qu'elle altère, et même jusqu'aux gencives, qu'elle attaque et sillonne profondément.

Nous avons parlé des cas où le nez seul est affecté, mais trop souvent le mal gagne en même temps la face, et y produit des ravages plus ou moins considérables.

Lupus avec hypertrophie. Cette variété présente des phénomènes tout-à-fait remarquables; elle débute ordinairement à la face, qui en est le siége presque exclusif, par des tubercules peu saillans, mous, indolens; ordinairement assez nombreux, ils occupent des surfaces assez étendues, une grande partie de la joue, par exemple, et quelquefois toute la figure; ils ne s'ulcèrent point à leur sommet, ou au moins les ulcérations qu'on rencontre quelquefois sont rares et presque accidentelles; mais peu à peu la base de ces tubercules s'élargit, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent deviennent le siége d'un engorgement

indolent; si bien que les surfaces malades, tuméfiées, présentent une sorte de bouffissure tout-à-fait remarquable; au bout d'un certain temps la figure est parsemée de points rougeâtres qui ne sont autres que les tubercules qui, par suite de la tuméfaction des parties sous-jacentes, se trouvent au niveau de la peau; on remarque çà et là au milieu d'eux, des points blancs, véritables cicatrices qui ont remplacé des tubercules anciens. Ce qu'il y a de singulier dans cette affection, c'est la formation de ces cicatrices qui succèdent à de petites tumeurs circonscrites, sans qu'elles aient été détruites préalablement par des ulcérations, ni recouvertes de croûtes. En effet, les tubercules sont le siége d'une exfoliation insensible et constante, et il semble que toutes les couches de la peau, hypertrophiées, soient poussées progressivement en dehors, et détruites peu à peu par des desquammations successives.

Le visage peut, dans ces circonstances, *acquérir un volume vraiment prodigieux*; les joues molles et flasques deviennent énormes, faciles à malaxer; elles présentent un tissu qui conserve jusqu'à un certain point l'impression du doigt, et offrent assez bien un état analogue à celui des parties qui sont le siége de l'éléphantiasis. Le front, les paupières sont boursouflés, et les yeux, comme perdus au fond de leur orbite, sont presque entièrement couverts par ces masses hypertrophiées. Les lèvres, considérablement tuméfiées, forment deux énormes bourrelets qui laissent à découvert la membrane muqueuse renversée au dehors par suite de cette distension forcée. Enfin les oreilles participent quelquefois à cette tuméfaction générale du visage.

Nous avons vu, entre autres, cet état porté au plus haut point chez deux malades couchés dans les salles de M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, et à la figure desquels

cette maladie imprimait un aspect tout à la fois singulier et vraiment hideux.

Ces tubercules, comme nous l'avons dit plus haut, deviennent rarement le siége d'ulcérations; celles qui surviennent sont ordinairement légères, et se recouvrent de croûtes peu épaisses et très-adhérentes. Ordinairement leurs surfaces sont sèches; elles présentent une coloration bleuâtre, et sont habituellement le siége d'une exfoliation légère.

La maladie peut durer et persiste habituellement un temps infini; mais quand les parties reviennent à l'état naturel, ce qui n'a jamais lieu spontanément, et ce qui ne peut être que la suite d'un traitement méthodique et toujours fort long, il s'établit une vitalité plus grande dans les parties malades; la tuméfaction diminue peu à peu; il se fait une résolution lente dans les tubercules, la circulation devient plus active dans la peau, qui, de moins en moins hypertrophiée, se rapproche petit à petit de sa texture et de son état habituel, état qu'elle ne reprend, du reste, presque jamais complètement.

Il existe une variété du lupus avec hypertrophie, tout-à-fait différente, dans laquelle les ulcérations qui ont succédé soit à des taches violacées, soit à des tubercules, se recouvrent de petites tumeurs rouges, molles, comme fongueuses, très-proéminentes, et dont les saillies impriment au visage quelque chose de repoussant. Cette variété est ordinairement grave.

Les diverses variétés du lupus peuvent exister simultanément chez le même individu, et souvent celui qui détruit en étendue peut envahir une partie de la face, par exemple, tandis que le nez est en même temps détruit par celui dont les ravages s'exercent de dehors en dedans, ou bien encore pendant que l'autre joue est le siége du

lupus avec hypertrophie. Il y a même des cas dans lesquels il étend ses ravages en surface en même temps qu'il est accompagné d'une véritable hypertrophie. C'est surtout dans ces circonstances graves qu'il survient de plus grands désordres; un des accidens redoutables, et qui n'est pas très-rare alors, c'est la destruction de la paupière inférieure par un ou plusieurs tubercules qui s'y seraient développés, et qui se seraient, comme dans les autres points du visage, terminés par une ulcération plus ou moins large. La peau de la joue se continue alors directement avec la conjonctive oculaire; mais on conçoit bien que cet état n'est pas seulement hideux, et qu'il est encore grave pour le malade. En effet, sans parler de l'*épiphora*, qui est inévitable dans ces circonstances, l'œil, qui n'est plus protégé en grande partie, devient le siége d'une inflammation chronique, la conjonctive s'épaissit, la cornée est de plus en plus opaque, et la cécité devient complète. Dans quelques cas, la paupière n'est pas détruite en totalité, mais les petites ulcérations dont elle a été le siége en se cicatrisant en ont opéré le renversement. Les yeux alors semblent offrir deux fois leur volume naturel, ce qui, joint à la vive rougeur des conjonctives ainsi renversées, ajoute sensiblement à cet aspect vraiment repoussant.

Dans d'autres circonstances, des croûtes épaisses fixées depuis long-temps sur le nez ont laissé voir à leur chute, indépendamment d'une destruction plus ou moins étendue, des parties qui sont le siége d'un gonflement qui oblitérerait complètement les ouvertures nasales, soit par leur tuméfaction, soit par les cicatrices qui pourraient s'y former, si l'on n'avait soin de prévenir cet accident.

D'autres fois enfin des ulcérations ont détruit une grande partie des commissures de la bouche, et ont envahi une

portion plus ou moins étendue des lèvres : les surfaces, dépouillées des croûtes qui les recouvraient, se sont rapprochées ; il s'y est établi des cicatrices solides, et l'ouverture de la bouche a été considérablement diminuée.

Tous ces accidens sont liés d'une manière intime à la nature de la maladie, qui dans tous les cas, tout-à-fait locale, ne s'accompagne d'aucuns symptômes généraux. Les malades, au contraire, qui sont atteints du lupus, jouissent d'une assez bonne santé ; seulement la menstruation, chez les femmes, paraît, dans quelques circonstances, être dérangée, surtout quand le lupus occupe une certaine étendue.

Une maladie qui complique très-fréquemment cette affection est l'érysipèle de la face. Dans quelques circonstances, il peut offrir des inconvéniens graves ; mais le plus souvent, bien loin de constituer une complication fâcheuse, c'est un accident heureux. Nous avons vu, en effet, plusieurs fois, surtout dans les cas de lupus avec hypertrophie, l'apparition de cet exanthème être suivie des résultats les plus avantageux ; nous avons vu, sous l'influence de cette inflammation accidentelle, les surfaces affectées, changer d'aspect, la vitalité de la peau devenir plus grande, la résolution plus active, et la maladie se terminer d'une manière aussi promptement heureuse qu'inattendue.

Enfin, dans les cas extrêmement graves où le lupus fait des progrès toujours croissans, où, détruisant non-seulement la peau, mais encore les cartilages et les os, elle a étendu au loin ses ravages, les malades finissent par éprouver les symptômes d'une gastro-entérite chronique, et ils succombent à une fièvre lente, accompagnée d'une diarrhée colliquative. Cette terminaison funeste est extrêmement rare, et même le lupus peut résister pendant bien des

années en envahissant sans cesse des portions de peau encore saines, ou en détruisant de nouveau des surfaces cicatrisées.

Il peut avoir envahi les cartilages du nez et cependant respecter les os; il semble en effet que cette maladie affreuse appartienne spécialement à la peau. Nous avons pu observer à l'hôpital Saint-Louis un grand nombre de malades atteints de lupus qu'ils portaient même depuis bien des années, sans qu'on leur eût opposé aucun moyen énergique, et rarement avons-nous rencontré des destructions du système osseux, si l'on en excepte toutefois les os propres du nez, qui assez souvent, au contraire, ont entièrement disparu, si bien qu'on n'observe plus qu'une ouverture triangulaire divisée en deux parties par la portion restante de la cloison des fosses nasales.

Causes. Le lupus est une maladie qui affecte surtout les enfans et les adultes; on le voit très-rarement se développer au delà de l'âge de quarante ans : il atteint indistinctement l'un et l'autre sexe, à peu près dans des proportions égales. On l'observe plus souvent à la campagne qu'à la ville, sans qu'on puisse se rendre compte de cette singulière prédilection, dont on ne pourrait trouver la cause peut-être que dans les mauvais alimens dont les individus s'y nourrissent le plus ordinairement; dans les lieux malsains qu'ils habitent. Très-souvent il se manifeste chez de jeunes enfans scrofuleux, et persiste bien au delà de l'époque de la puberté. Quelquefois les individus qui en furent attaqués dans l'enfance en sont atteints de nouveau quand ils sont parvenus à l'âge adulte. Cependant s'il est vrai que souvent le développement du lupus coïncide évidemment avec une constitution scrofuleuse, il est constant que dans un assez grand nombre de cas il se manifeste chez des personnes dans la force de l'âge, robustes,

et qui ont toujours joui d'une excellente santé. Quant aux maladies de la peau qui auraient existé antérieurement, et entre autres l'*impetigo larvalis*, elles ne paraissent avoir aucun rapport avec l'apparition du lupus.

La variété que M. Biett désigne sous le nom de lupus avec hypertrophie est surtout celle qui se lie avec une constitution éminemment scrofuleuse. Enfin les causes sous l'influence desquelles la maladie a paru se développer dans quelques cas ne peuvent tout au plus être regardées que comme des causes déterminantes.

Diagnostic. Le lupus pourrait être confondu avec plusieurs éruptions qui auraient leur siége à la face, et dont il est fort important de le distinguer.

Les indurations circonscrites qui succèdent aux pustules de l'*acné rosacea* pourraient, dans quelques cas, en imposer pour les tubercules naissans du lupus, si leur couleur rouge, l'auréole érythémateuse qui les entoure, la préexistence de pustules, que l'on rencontre souvent encore en nombre variable autour d'eux, n'étaient pas des caractères suffisans pour les distinguer des tubercules livides, indolens, du lupus, dont l'apparition n'a été précédée d'aucune autre lésion que d'une légère teinte violacée.

On pourrait quelquefois confondre certains cas du lupus, et surtout de celui qui existe avec hypertrophie, avec l'*éléphantiasis des Grecs;* mais la teinte fauve de la peau, la forme des tubercules eux-mêmes, qui se présentent sous l'apparence de petites tumeurs bosselées, inégales, et ces accroissemens partiels qui déforment telle ou telle partie du visage, distinguent l'éléphantiasis de cette variété qui est accompagnée, il est vrai, d'une espèce de bouffissure analogue, mais égale et uniforme. Les mêmes caractères serviraient à éclairer le diagnostic dans les cas où la lèpre tuberculeuse serait ulcérée dans divers points, et pré-

senterait çà et là des croûtes noirâtres. Ces ulcérations d'ailleurs sont toujours plus superficielles que celles du lupus, et ne tendent point comme elles à envahir les parties saines. Enfin l'éléphantiasis des Grecs existe en même temps, dans le plus grand nombre des cas, sur beaucoup d'autres points de la surface du corps, et d'ailleurs, quand il est parvenu à cet état, il est accompagné d'une foule de symptômes, tant locaux que généraux, qui ne sauraient appartenir au lupus.

Les incrustations qui recouvrent les ulcérations du lupus pourraient, après un examen superficiel, être prises pour des croûtes d'*impétigo:* mais, sans dire que ces dernières, qui sont jaunes, saillantes, rugueuses, souvent peu adhérentes, surtout à la face, diffèrent bien des croûtes brunâtres, épaisses et très-adhérentes du lupus, on ne resterait point dans le doute en ayant égard aux lésions qui ont précédé les incrustations, en faisant attention aux cicatrices que l'on rencontre dans le lupus; et enfin les ulcérations qui, dans cette dernière maladie, succèdent à la chute des croûtes, ne sauraient permettre la moindre erreur.

Dans tous ces cas, comme on le voit, avec un peu d'attention, il est impossible de s'y méprendre; mais il y a deux maladies desquelles il est souvent bien plus difficile de distinguer le lupus, et dont le diagnostic est de la plus haute importance : ce sont le *noli me tangere* et certaines variétés de la *syphilide.*

Sous le nom de *noli me tangere* on a confondu le lupus et les affections cancéreuses de la face. Il existe cependant entre ces deux maladies des différences notables, et comme M. Biett l'a dit depuis long-temps, le *noli me tangere* paraît ne devoir s'appliquer qu'aux affections cancéreuses proprement dites.

Les tubercules cancéreux, durs, le plus souvent douloureux, qui se développent chez les personnes plus ou moins avancées en âge, soit aux lèvres, soit aux joues, soit encore sur le nez où ils restent quelquefois un temps considérable avant de s'ulcérer, offrent en effet, sous ces rapports, beaucoup de ressemblance avec ceux de la dartre rongeante; mais le lupus ne se montre presque jamais chez les personnes avancées en âge; c'est au contraire à cette époque qu'apparaît le plus ordinairement le *noli me tangere*. Cette maladie se manifeste par un tubercule solitaire; il y en a le plus souvent plusieurs dans le lupus. Ici les tubercules situés dans les couches les plus superficielles sont constamment indolens, tandis que les tubercules cancéreux, entourés d'une base dure et circonscrite, sont le plus ordinairement le siége de douleurs lancinantes très-aiguës. Enfin le *noli me tangere* est accompagné d'une tuméfaction inflammatoire, souvent considérable, des parties molles; il est exaspéré le plus ordinairement par les cautérisations, et une fois ulcéré, non-seulement il envahit la peau et les cartilages du nez, mais encore il attaque les os et les détruit profondément : phénomènes que l'on n'observe jamais dans le lupus. Les ulcères cancéreux sont renversés, humides, douloureux; ils présentent un aspect fongueux, et ne sont pas recouverts de croûtes sèches et épaisses comme ceux du lupus.

La *syphilide* se présente à la face avec des symptômes tellement analogues à ceux du lupus que souvent au premier aspect, le diagnostic est difficile.

Lorsque ces deux affections ne sont caractérisées que par des tubercules dont le sommet n'est point ulcéré, il est quelquefois assez difficile de les distinguer : cependant les tubercules syphilitiques sont plus volumineux, arrondis ; ils sont d'un rouge cuivré; ils ne sont le siége d'au-

cune exfoliation, et tendent bien moins à l'ulcération que ceux du lupus, qui d'ailleurs sont plus mous, aplatis, accompagnés d'un léger boursouflement de la peau et presque toujours recouverts d'une petite lamelle épidermique sur le point de se détacher. Enfin, les tubercules syphilitiques à la face, qui sont des symptômes consécutifs de l'infection vénérienne, n'apparaissent ordinairement que chez les individus déjà d'un certain âge, tandis que le lupus se développe au contraire le plus souvent chez de jeunes sujets. On se gardera bien d'adopter pour moyen de diagnostic, celui que l'on a donné pour caractère distinctif du lupus, son siége plus fréquent sur les joues et sur les ailes du nez : les exemples contraires sont trop fréquens, et il ne faut pas avoir observé beaucoup de cas de ce genre pour savoir que la présence d'un tubercule à l'aile du nez est au contraire, dans le plus grand nombre, un signe presque pathognomonique de la syphilis.

Quant aux ulcérations syphilitiques qui succèdent à ces tubercules, elles diffèrent aussi d'une manière bien tranchée de celles du lupus : elles sont profondes; leurs bords tuméfiés, d'un rouge cuivré, sont taillés à pic; celles qui succèdent aux tubercules du lupus présentent une couleur d'un rouge obscur, et elles semblent n'occuper que la superficie de la peau. Celles qui caractérisent le lupus *qui détruit en profondeur*, et qui se rapprocheraient mieux encore des ulcères syphilitiques, surtout dans les cas où le nez est entièrement détruit, en diffèrent par le mode de destruction lui-même. Ainsi, dans le lupus, c'est le plus ordinairement la peau qui est affectée la première; les cartilages et les os ne sont détruits que consécutivement et souvent après un temps fort long. Dans la syphilis, au contraire, au moins dans ces circonstances, la maladie a commencé par attaquer les os; ce n'est que lorsqu'ils ont

été frappés de carie et de nécrose qu'elle s'est étendue à la peau, et tous ces tissus de nature différente ont été détruits d'une manière bien rapide.

Enfin, qu'elle ne se manifeste que par des tubercules ou qu'elle soit caractérisée par la présence d'ulcérations plus ou moins étendues et plus ou moins profondes, la syphilis est presque constamment accompagné, dans ces cas, de symptômes concomitans bien prononcés, parmi lesquels il faut mettre en première ligne des douleurs ostéocopes, des exostoses, l'iritis, et souvent des ulcérations, soit au pharynx soit au voile du palais.

Prognostic. Le prognostic du lupus est toujours grave, non parce que cette maladie met en danger les jours du malade, mais parce que le plus ordinairement très-rebelle, elle ne cède souvent qu'après des destructions plus ou moins considérables, et après avoir fait acheter sa guérison par des cicatrices nombreuses, indélébiles et difformes. Il est d'autant moins fâcheux qu'on est appelé plus tôt à le combattre, et qu'il a fait des progrès moins considérables. Il est plus grave quand il est accompagné d'une hypertrophie extrême, quand de nouvelles ulcérations succèdent aux anciennes, lorsque les cicatrices déjà formées sont r'ouvertes. Du reste, tant que ces cicatrices restent molles, bleuâtres, et qu'elles font éprouver au doigt un sentiment de fluctuation; tant qu'elles sont circonscrites par des tubercules plus ou moins volumineux, le retour de la maladie est à craindre; et même nous avons vu plusieurs fois M. Biett le prédire sur ces caractères.

L'établissement des règles, à l'époque de la puberté, ne produit pas de modifications assez heureuses pour permettre d'établir un prognostic favorable sur leur apparition.

Traitement. Le traitement du lupus est général ou lo-

cal. Le traitement général est le plus ordinairement très-simple ; il consiste seulement dans quelques boissons amères, l'administration de quelques bains et des soins hygiéniques bien entendus : aussi le plus ordinairement est-il incapable de faire disparaître seul cette maladie grave et rebelle.

Cependant, dans quelques circonstances, le traitement général paraît important. Ainsi, lorsque le lupus attaque des individus évidemment scrofuleux, il est bon de soumettre le malade à une médication appropriée : on retire alors quelques avantages d'une solution d'hydrochlorate de chaux, dans la proportion d'un gros par livre d'eau, qu'on a proposé comme pouvant être substitué avec avantage à l'hydrochlorate de baryte, dont l'activité est souvent à redouter : on en fait prendre d'abord au malade une cuillerée tous les matins; puis on augmente tous les quatre ou cinq jours d'une cuillerée, et l'on peut porter progressivemeent ces préparations jusqu'à douze cuillerées par jour, et même plus, sans inconvénient. Dans le même but on peut encore avoir recours aux préparations martiales, au sulfure de fer par exemple : enfin, on donnera au malade des alimens de bonne qualité, du vin généreux, et on le tiendra dans des lieux où il puisse respirer un air vif.

Dans d'autres circonstances, dans le but de hâter la résolution des tubercules, on a eu recours à des moyens actifs, qui, employés en même temps qu'un traitement local bien dirigé, ont quelquefois puissamment contribué à la guérison de cette maladie; tels sont l'huile animale de Dippel, qu'on administre à la dose de cinq ou six gouttes d'abord qu'on peut porter progressivement jusqu'à vingt et vingt-cinq gouttes, la décoction de Feltz, les pilules asiatiques, la solution de Pearson à la dose d'un scrupule

portée progressivement jusqu'à un gros, celle de Fowler, administrée par gouttes, trois ou quatre d'abord, et que l'on peut porter successivement, en augmentant tous les huit jours, jusqu'à douze gouttes par jour; mais l'utilité de ces divers médicamens serait bien douteuse si elle n'était aidée d'applications locales.

Quant aux autres moyens généraux, ils consistent dans des soins hygiéniques bien entendus; ainsi il importe que les malades ne s'exposent pas à une chaleur trop ardente, à un froid trop rigoureux; car c'est précisément dans ces circonstances que l'on voit se rouvrir les cicatrices déjà obtenues; chez les femmes, il serait fort avantageux de rappeler les évacuations menstruelles si elles avaient cessé d'avoir lieu, et d'entretenir leur écoulement périodique.

Le traitement local consiste : 1° dans des applications résolutives plus ou moins irritantes, à l'aide desquelles on se propose de modifier la vitalité de la peau et de hâter la résolution des tubercules; 2° dans des caustiques plus ou moins énergiques, dont le but est de changer l'état des surfaces malades, de borner les ravages et d'obtenir des cicatrices solides.

Il convient d'avoir recours aux applications résolutives, quand les tubercules ne sont point ulcérés, et lorsqu'il en existe encore autour des cicatrices. Enfin, c'est surtout la médication que l'on doit opposer au lupus avec hypertrophie. Les préparations qui remplissent surtout cette indication sont le *protoiodure de mercure* incorporé dans l'axonge, à la dose d'un scrupule à un demi-gros pour une once de graisse : le *deutoiodure de mercure* à la dose de douze ou quinze grains à un scrupule, pour la même proportion d'axonge. On fait faire aux malades des frictions légères avec ces pommades sur tous les points qui sont recouverts de tubercules. Mais un moyen qui réussit

surtout, et qui active la résolution d'une manière énergique, c'est l'*iodure de soufre*, à la dose de douze ou quinze grains à un scrupule dans une once d'axonge. Nous l'avons vu employer plusieurs fois par M. Biett dans ses salles; et, entre autres, dans deux cas très-graves du lupus avec hypertrophie, nous avons vu des frictions faites avec cette pommade modifier la maladie d'une manière très-avantageuse.

On a craint, après l'emploi de ces frictions, le développement d'un *érythème*, et quelquefois d'un *érysipèle*; mais c'est une objection par trop puérile : ces inflammations ne peuvent entraîner aucun accident, et même elles ne pourraient être que salutaires.

Souvent ces moyens ne sont point assez efficaces; et quelquefois même il y aurait quelques inconvéniens à insister sur leur usage, surtout lorsqu'ils n'ont amené aucune amélioration, et que les tubercules s'ulcèrent *à leur sommet*. Dans ces cas, ils ont paru quelquefois favoriser l'accroissement des ulcérations.

Il faut alors avoir recours à des cautérisations; elles peuvent être surtout pratiquées à l'aide de l'huile animale de Dippel, du nitrate d'argent, de la potasse, du beurre d'antimoine, de la poudre de Dupuytren, de la pâte arsenicale du frère Côme, et du nitrate acide de mercure.

Quel que soit le caustique que l'on ait choisi, il y a certaines indications à suivre. On conçoit aisément que, lorsque la maladie est étendue, la cautérisation ne doit être pratiquée d'abord que sur un point limité, et qu'ensuite, successivement on attaque peu à peu le reste des surfaces malades. D'un autre côté, il faut avoir égard à l'état des parties affectées avant de procéder à l'application du caustique. Ainsi, lorsque la surface est ulcérée, humide et nettoyée, on peut l'appliquer immédiatement;

si, au contraire, elle est recouverte de croûtes, il faut les faire tomber par des cataplasmes émolliens; enfin, si les points que l'on veut cautériser sont le siége de tubercules indolens, non ulcérés; s'ils présentent des plaques violacées, sèches, accompagnées d'une tuméfaction plus ou moins considérable de la peau, ou bien enfin, si c'est un cas de lupus avec hypertrophie, il convient de dépouiller les surfaces par l'application des vésicatoires.

L'*huile animale de Dippel* agit moins comme caustique que comme un corps irritant, et qui modifie *à sa manière*, quelquefois très-avantageusement, les parties sur lesquelles on l'applique. Il convient surtout dans les cas où le nez est le siége d'un gonflement indolent et chronique, et présente une coloration violacée, surmontée habituellement d'une exfoliation épidermique. Pour l'appliquer on trempe un petit pinceau dans cette liqueur, et on le promène légèrement et à plusieurs reprises sur toute l'étendue de la maladie : nous avons vu ce moyen, employé plusieurs fois dans les salles de M. Biett, amener une amélioration notable, mais rarement une guérison complète.

Les cautérisations avec le *nitrate d'argent*, la *potasse* et le *beurre d'antimoine* ont été suivies de résultats variables, et dans tous ces cas elles réussissent bien moins avantageusement que les préparations suivantes.

La *poudre de Dupuytren*, qui est un mélange de protochlorure de mercure et d'acide arsenieux, dans la proportion d'un ou deux centièmes d'arsenic, est un caustique tout à la fois très-utile et très-doux; il convient d'y avoir recours dans les lupus peu étendus chez les enfans, chez les femmes, chez les individus irritables. Pour l'appliquer, on saupoudre la surface convenablement préparée avec une petite houppe chargée de ce mélange, de manière à la couvrir d'un millimètre au plus. Bien que le plus ordinai-

rement ce caustique ne détermine presque aucune douleur, qu'il ne soit accompagné souvent d'aucun gonflement des parties environnantes, il est bon toutefois de ne pas l'appliquer sur des régions trop étendues. Les surfaces saupoudrées ne doivent pas être plus larges qu'une pièce de trente sous ; il se forme une incrustation grisâtre très-adhérente, qui ne tombe souvent qu'au bout d'un temps fort long, à moins qu'on ne provoque sa chute par des applications émollientes.

La *poudre arsenicale du frère Côme* est un moyen plus précieux et encore beaucoup plus énergique ; il demande à être manié avec prudence. Il convient surtout dans ces cas de lupus anciens et rebelles dont les ravages n'ont pu être bornés par des applications moins actives. C'est souvent à lui qu'il faut avoir recours de prime abord dans cette variété grave du lupus qui détruit les tissus de dehors en dedans. Pour l'appliquer on en délaie *une petite* quantité sur un corps solide, sur une ardoise, par exemple, ou sur un morceau de faïence, et, à l'aide d'une spatule, on étend cette pâte liquide sur une surface qui ne doit pas dépasser l'étendue d'un franc. Nous l'avons vu appliquer un grand nombre de fois dans les salles de M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, et il ne s'est pas offert à notre observation un seul exemple où son application ait été suivie de ces phénomènes généraux, graves et véritablement dangereux, dont on a supposé à tort que son usage dût être constamment suivi ; mais dans presque tous les cas, cette cautérisation détermine quelques accidens locaux qui se composent quelquefois d'un appareil de symptômes qui semblent effrayans, et qui le plus ordinairement cèdent avec facilité et très-promptement aux moyens employés pour les combattre. Ainsi l'application de la pâte arsenicale du frère Côme est constamment

suivie d'un érysipèle, quelquefois très-léger, d'autres fois, au contraire, très-intense : tout le visage est alors énormément tuméfié, le malade se plaint de céphalagies assez violentes, et au bout de quelques jours, à l'aide de pédiluves irritans, de quelques sangsues appliquées derrière les oreilles, de la diète, de quelques lavemens émolliens ou laxatifs, sans que le plus souvent on ait besoin d'avoir recours aux saignées générales, tous les symptômes disparaissent, le visage revient à son état naturel, et il ne reste plus de l'application caustique qu'une croûte noirâtre, fort épaisse, très-adhérente, qui persiste souvent très-long-temps.

Enfin le *nitrate acide de mercure* est aussi un caustique très-énergique, et qui a été employé également avec beaucoup de succès par M. Biett. Il détermine, comme la pâte arsenicale, une inflammation érysipélateuse; mais en général elle est moins intense et cède encore plus facilement. On peut l'appliquer, non-seulement sur l'ulcération, mais encore sur les tubercules eux-mêmes et sur les cicatrices, qui, restées mollasses, bleuâtres, comme fluctuantes, menacent de se rouvrir. On cautérise en promenant, sur des surfaces dont l'étendue peut aller jusqu'à une pièce de cinq francs, un petit pinceau de charpie trempé dans cet acide; on applique de la charpie rapée sur les parties cautérisées, et on humecte cette charpie avec la même solution. Les surfaces qui ont été touchées deviennent blanches aussitôt. Peu à peu il se forme une croûte jaunâtre qui n'est pas très-adhérente, et qui se détache au bout de huit ou quinze jours. Cette cautérisation est ordinairement très-douloureuse; mais ses effets ne sont qu'instantanés.

Quant à la cautérisation avec le fer rouge, elle est constamment suivie de résultats peu avantageux, et souvent,

au contraire, elle aggrave la maladie : les cartilages se gonflent, et deviennent le siége d'une inflammation chronique qui ajoute encore à la gravité du lupus.

Quel que soit le caustique que l'on ait employé, lorsque les croûtes se détachent, elles laissent au dessous d'elles une ulcération de bonne nature, et souvent la cicatrisation ne tarde pas à se faire ; mais dans la plupart des cas, une seule cautérisation ne suffit point ; on est obligé d'y revenir un plus ou moins grand nombre de fois, et cela même pendant des années entières quand la maladie est très-étendue. Dans ces derniers cas la plus grande patience est nécessaire, tant de la part du médecin que du malade, et l'on n'en vient à bout qu'à force de persévérance. Nous avons vu entre autres, dans les salles de M. Biett, chez une jeune fille, un cas de lupus extrêmement grave, qui avait envahi successivement toute la face, et qui n'a cédé qu'après plusieurs années à plus de cinquante cautérisations successives.

Il est des précautions indispensables dans le traitement de la dartre rongeante; par exemple, il est de la plus grande importance de surveiller la formation des cicatrices pour empêcher l'établissement de difformités dangereuses, et l'occlusion d'ouvertures naturelles. Ainsi, entre autres, on devra veiller avec le plus grand soin à ce que les narines ne se bouchent point, et pour cela on y introduira journellement des petits cylindres d'éponge préparée. Ce moyen devra être continué long-temps ; car il ne faut pas oublier que la tendance que ces ouvertures ont à s'effacer, n'existe pas seulement pendant l'époque de l'ulcération, mais encore long-temps après la formation de cicatrices solides.

Enfin le traitement local et général du lupus sera quelquefois avantageusement secondé par l'usage des bains

simples, ou de vapeur; mais de tous ceux qui sont le plus utiles, ce sont, sans contredit, les douches de vapeur qui conviennent surtout très-bien dans les cas du lupus avec hypertrophie.

PELLAGRE.

(Dermatagre. — Érysipèle périodique, nerveux, chronique.)

Nous n'avons jamais eu occasion d'observer cette affection, qui est particulière à certaines contrées de l'Italie; la description que nous en donnons ici est tirée principalement des leçons cliniques de M. Biett, et d'un article inséré par le docteur Holland, dans le huitième volume *of the medico-chirurgical Transactions*, et dans le mémoire fort intéressant de M. le docteur Brierre de Boismont, inséré dans le journal complémentaire des sciences médicales (février, juin, juillet 1832).

M. Biett, qui a observé la pellagre en Italie, la regarde comme symptomatique de lésions de divers organes intérieurs, et surtout des voies digestives. Cette même opinion a été développée avec un talent très-remarquable, par le docteur Giovani Strambio, dans l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques années.

M. Brierre de Boismont, d'après de nombreuses observations recueillies au grand hôpital de Milan, l'a considérée comme étant tantôt une irritation primitive des organes digestifs, compliquée de celle des systèmes nerveux et cutané, tantôt une maladie de l'innervation avec lésion secondaire des fonctions digestives. Dans plusieurs

cas, le système nerveux serait seul attaqué; et enfin l'altération de la peau, qui manque quelquefois, et d'ailleurs n'est pas toujours en rapport d'intensité avec les autres symptômes, est évidemment consécutive.

D'après Frappoli, un des premiers auteurs qui aient écrit sur cette maladie, la pellagre aurait trois périodes distinctes, dans lesquelles l'affection cutanée, qui caractérise surtout la première, et même la seconde, ne serait cependant que secondaire. Cette division a été adoptée par M. Brierre de Boismont.

Le premier degré, que l'on n'observe que très-rarement, parce que, comme le fait observer M. Brierre, les malades n'y font pas assez d'attention pour venir réclamer les secours de la médecine, est caractérisé par une éruption érysipélateuse, et des symptômes d'une irritation gastro-intestinale.

Dans le second degré, l'inflammation de la peau et du tube digestif font des progrès moins graves. Le plus ordinairement il y a des symptômes qui annoncent la lésion du système cérébro-spinal. On retrouve souvent déjà un trouble remarquable des facultés intellectuelles. Cette seconde période peut rester long-temps stationnaire. Elle est presque constamment mortelle. M. Brierre cite des exemples de retour à la santé.

Le troisième degré est souvent caractérisé par un trouble extraordinaire des facultés intellectuelles, un délire qui peut prendre toutes les formes. A cette période la maladie est incurable.

Ce dernier état de la pellagre a été décrit d'une manière remarquable et tout-à-fait neuve dans le mémoire de M. Brierre.

Toutefois comme ces trois périodes ne sont pas toujours aussi nettement tranchées qu'on l'a prétendu; comme d'ail-

leurs le but de cet ouvrage ne nous permet pas de donner ici une histoire détaillée de la pellagre, nous continuerons à l'envisager d'une manière générale, et principalement sous le rapport de l'altération cutanée.

La pellagre règne endémiquement dans les plaines de la Lombardie, et le nom de *pellagrosi* a été donné par les Italiens aux malheureux qui en sont atteints. L'affection cutanée n'existe que pendant le printemps et dans l'été; elle disparaît vers le milieu de l'automne; mais les autres symptômes persistent toujours. Aussi c'est pendant les premières saisons de l'année que les médecins qui visitent l'Italie, et qui désirent étudier la pellagre, devront se rendre à Milan, où l'on trouve de très-nombreuses occasions pour l'observer.

La marche de la pellagre est toujours chronique, et sa durée est ordinairement de plusieurs années.

Un état d'abattement général tant physique que moral, la perte de l'appétit, des douleurs épigastriques, la diarrhée, des douleurs vagues et contusives dans les membres, des lassitudes spontanées, la céphalalgie, des étourdissemens, sont les symptômes qui précèdent ordinairement l'apparition de l'affection cutanée; celle-ci se manifeste sur le dos des mains ou des pieds, sur les membres, sur le cou, au sternum, aux joues, au front, aux oreilles, sous la forme de petites taches rouges qui s'étendent graduellement, et sont accompagnées d'une légère tuméfaction de la peau, ainsi que d'un sentiment de tension et de prurit. La rougeur des plaques, que les Italiens ont appellés érythème solaire, parce qu'il n'y a que les parties exposées au soleil qui en sont affectées, est plus foncée que celle de l'érysipèle, et leur surface, d'abord luisante, se recouvre bientôt d'écailles qui ressemblent à celles du psoriasis. Après un certain temps les plaques se réunissent

et en forment ainsi de plus grandes. La peau, dans ces points, est épaissie et présente des fentes, des gerçures plus ou moins profondes. Peu à peu les écailles tombent et laissent à découvert une surface rouge et luisante; il s'en forme rarement de nouvelles la première année. Vers la fin de l'été, ou dans le commencement de l'automne, la peau a repris sont état naturel; mais il est rare que la santé générale se rétablisse complétement.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'affection cutanée que nous venons de décrire sont presque toujours des symptômes d'irritation gastro-intestinale, et parmi ces derniers la diarrhée est ordinairement le plus remarquable; rarement on observe de la fièvre, et ordinairement les règles coulent aux époques accoutumées.

L'année suivante, au printemps, la maladie reparaît avec des symptômes encore plus intenses, la faiblesse et l'abattement sont plus marqués; la diarrhée est souvent fort incommode; le malade ne peut plus se *livrer* à ses travaux accoutumés; il y a des crampes dans les membres et d'autres symptômes spasmodiques. L'affection cutanée reparaît également et s'étend encore plus loin; les gerçures sont plus profondes, et ordinairement il y en a de bien marquées aux articulations des doigts, comme cela se voit aussi dans le *psoriasis inveterata* quand il affecte ces parties. Quelquefois elle prend une coloration jaune ou brunâtre, et les squammes qui la recouvrent laissent en se détachant le tissus sous-jacent ou d'un rouge luisant, ou d'un blanc mat. Dans quelques cas elle présente autour des doigts unc enveloppe comme parcheminée et continue; chez plusieurs malades, la nature de la peau offre la plus grande analogie avec celle de l'oie : aussi l'a-t-on appelée peau *ansérine*. Vers le milieu ou à la fin de l'automne, ces symptômes commencent à disparaître;

mais leur rémission est moins marquée que dans la première année.

Dans la troisième année la maladie revient avec une nouvelle intensité; la faiblesse est extrême, et les membres, perclus de douleur, peuvent à peine soutenir le malade; la diarrhée persiste, et souvent on observe une véritable dysenterie; l'anasarque des membres inférieurs arrive fréquemment; d'autres fois on observe l'ascite, ou bien des épanchemens séreux dans les cavités thoraciques. Enfin, il se développe des symptômes qui dénotent une affection grave des organes encéphaliques: tels sont des vertiges, des tintemens d'oreilles; quelquefois des accès épileptiformes, un état d'idiotisme ou de manie, et il paraît que dans ces derniers cas la marche de la maladie est en quelque sorte retardée.

M. Brierre cite l'observation d'une pellagreuse parvenue au dernier degré de marasme, et chez laquelle la peau présentait des phénomènes qui expliquaient pourquoi certains auteurs ont comparé la pellagre à l'éléphantiasis ou l'icthyose. « L'altération de la peau commençait » aux avant-bras, quatre pouces au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, elle se continuait sur les bras, » les mains et les doigts. L'épiderme était converti en » squammes d'un brun foncé, épaisses, très-marquées sur » le dos des mains, sur les doigts. L'épiderme encore » plus épaissi simulait les tubercules cornés qu'on ren- » contre sur le dos de certains poissons. Il était générale- » ment coupé de lignes qui le croisaient en tous sens et le » divisaient en autant de petits tubercules rudes, âpres au » toucher, ressemblant assez bien à ceux de l'éléphantia- » sis. L'épiderme des pieds était brunâtre, mais peu » épaissi. »

Le même observateur a vu dans deux cas la peau altérée

presque noire, et la figure que l'on conserve dans les cabinets d'anatomie pathologique présente cette coloration à un haut degré.

Cette affection continue ainsi à s'aggraver d'année en année, jusqu'à ce que les forces soient entièrement épuisées; alors une diarrhée colliquative, un état de maigreur extrême avec des symptômes cérébraux plus ou moins prononcés terminent les souffrances du malade.

Le prognostic de la pellagre a toujours été considéré comme très-grave. Strambio, pendant la durée de sa longue pratique, a compté très-peu de guérisons. M. Brierre rapporte que l'immense majorité des médecins qui traitent aujourd'hui les pellagreux dans les grands établissemens la regardent comme incurable.

La durée de la pellagre est toujours de plusieurs années; elle peut se prolonger indéfiniment depuis six jusqu'à dix ou douze ans et encore au-delà. M. Brierre a vu *des individus* qui étaient pellagreux depuis quinze, dix-huit et même quarante-cinq ans. La terminaison peut cependant avoir lieu par le retour à la santé. Le plus ordinairement la maladie se termine par un état d'idiotisme ou de folie, ou par la mort après un temps très-variable.

Nécropsie. L'examen des cadavres des personnes mortes à la suite de cette affection donne presque toujours pour résultats des lésions organiques plus ou moins étendues, et surtout dans les voies digestives. Cependant ici, comme dans beaucoup d'autres cas, la plupart des auteurs qui ont traité de la pellagre, regardent ces lésions, non comme la cause de la maladie, mais comme les suites de cette affection.

M. Biett ne partage point cette opinion; il regarde au contraire l'affection cutanée comme l'un des symptômes

nombreux d'une maladie dans laquelle un ou plusieurs des organes intérieurs sont constamment affectés.

Deux cas de nécropsie de *pellagrosi*, recueillis à l'hôpital de Milan par M. Carswell de Glascow, qui a bien voulu nous les communiquer, confirment, ce nous semble, cette manière de voir, qui est du reste entièrement partagée par M. Carswell, et que les observations intéressantes de M. Brierre de Boismont ont mise hors de doute. On a rencontré sur ces individus, qui avaient présenté des symptômes évidens d'irritation chronique des voies digestives, une large perforation de l'estomac, résultant du ramollissement gélatineux des tuniques de ce viscère, et sur les autres points, la membrane muqueuse offrait des traces non équivoques d'inflammation chronique.

M. Brierre a constaté que le système nerveux présentait des altérations non moins évidentes. Aussi il a trouvé les membranes du cerveau injectées, infiltrées, adhérentes, épaissies; la consistance du cerveau, quelquefois augmentée; la substance grise, plus colorée; la substance blanche, sablée, pointillée. Le plus souvent il n'y a pas de sérosité dans les ventricules. Enfin, les lésions de la moelle sont souvent remarquables : les membranes sont injectées; la substance grise est presque toujours dure; la substance blanche, au contraire, est molle et réduite en bouillie.

Causes. La pellagre ne paraît pas ici particulière aux adultes; on la rencontre aussi dans l'âge tendre. M. Biett rapporte deux faits de pellagre observés, l'un chez un enfant de six ans, et l'autre de sept. Les femmes y paraissent plus sujettes que les hommes. Elle est héréditaire, non contagieuse. On l'observe presque exclusivement dans les dernières classes du peuple, surtout parmi les paysans et ceux qui se livrent aux travaux de l'agricul-

ture. La cause immédiate de son développement paraît être un état particulier et inconnu de l'atmosphere ou plutôt du sol. On l'a attribuée tour-à-tour à la misère, aux privations, à l'humidité, aux eaux stagnantes, aux travaux excessifs, au pain de seigle mal cuit et aigre, au millet, au blé sarrazin, etc., à la saleté, aux eaux impures et bourbeuses. Elle paraît être le résultat de l'action répétée de ces causes capables de produire à la longue l'altération des systèmes nerveux et digestif. Les bains et le régime paraissent avoir été d'une efficacité réelle.

Traitement. Le traitement consiste surtout dans l'éloignement des lieux et des travaux qui sont évidemment la cause du développement de la pellagre ; mais il est nécessaire que cet éloignement, pour être efficace, puisse s'effectuer dès le début de la maladie; car plus tard il n'atteint pas le but proposé. Plus tard le traitement à suivre sera entièrement conforme à la nature des symptômes *prédominans*, qui sont surtout des symptômes d'irritation des voies digestives ou des phénomènes qui indiquent l'altération du système nerveux.

SYPHILIDES.

Les éruptions vénériennes datent de l'origine de la syphilis elle-même, ou du moins elles sont les premiers symptômes par lesquels cette maladie se soit manifestée en Europe. En effet, les premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis, à la fin du quinzième siècle, ne parlent que de pustules qui auraient eu leur siége à la peau ;

et leurs dénominations de pustules *croûteuses*, *humides*, *ulcéreuses*, semblent indiquer qu'il y en avait déjà plusieurs espèces distinctes. Confondues dans la foule des formes diverses que peut revêtir la syphilis, elles traversèrent plusieurs siècles sans presque attirer d'attention particulière, et tout au plus indiquées très-légèrement dans tous les auteurs. Au commencement du dix-neuvième siècle on en fit une famille à part; on la désigna sous le non de syphilides; mais cette dénomination était étendue à toutes les altérations de la peau produites par le virus vénérien; les espèces étaient groupées d'après leur forme, et souvent leurs différens états; sans tenir compte des élémens primitifs, on réunit des variétés entièrement distinctes, on admit des espèces entières (*syphilide ulcéreuse*) sur des caractères qui ne sont que tout-à-fait secondaires (*l'ulcération*), et qui peuvent succéder à des altérations différentes.

Depuis quelques années, M. Biett, s'occupant spécialement de ces maladies, étudia avec soin leur marche et leur développement; s'attachant surtout aux caractères premiers, il les groupa d'après leurs lésions élémentaires, et parvint à en faire des variétés bien distinctes, exemptes de toute confusion.

C'est d'après cette doctrine, qu'il enseigne du reste depuis plusieurs années, que nous envisagerons les syphilides.

Nous réserverons essentiellement cette dénomination aux affections vénériennes qui, ayant la peau pour siége spécial, constituent de *véritables éruptions*, et par l'étendue des surfaces qu'elles occupent, et par les altérations primitives qui se rapportent toutes aux lésions élémentaires des *éruptions* d'une autre nature, rejetant ainsi toutes ces productions saillantes, tous ces symptômes, plus ou

moins locaux, qui nous semblent tout-à-fait différens, et que l'on a, à tort peut-être, confondus pêle-mêle avec les véritables *éruptions vénériennes*, et n'admettant non plus, dans les syphilides, d'autres ulcérations que celles qui succèdent à des croûtes, ou qui viennent se fixer sur le sommet d'un tubercule.

Ainsi, pour nous, le *chancre vénérien*, qui s'établit seul sans être précédé d'aucun soulèvement de l'épiderme, d'aucune vésicule, comme on l'a avancé depuis long-temps, et répété tout récemment encore; les rhagades, les verrues, les choux-fleurs, etc., ne doivent pas trouver place dans les syphilides. Ils constituent des symptômes essentiels, tout-à-fait différens.

Nous entendons donc par syphilide toute éruption proprement dite, survenue à la peau sous l'influence du virus vénérien.

Elle peut être *exanthématique*, *vésiculeuse*, *pustuleuse*, *tuberculeuse*, *papuleuse* et *squammeuse*.

Elle est tantôt *primitive*, c'est-à-dire qu'elle accompagne d'autres symptômes, et se développe avec eux peu de temps après l'infection; quelquefois même elle est le seul symptôme par lequel la syphilis se manifeste.

Tantôt, et le plus souvent, elle est consécutive, c'est-à-dire qu'elle se développe soit immédiatement après la disparition des symptômes primitifs, soit quelques semaines, quelques mois, quelques années plus tard.

Sa marche est le plus souvent chronique; la syphilide primitive peut cependant quelquefois se présenter à l'état aigu, surtout sous la forme exanthématique.

Tous les âges y sont exposés, depuis l'enfant qui, puni en naissant des fautes de ceux qui lui ont donné le jour, apporte avec lui une infection qui ne tarde point à se manifester sur tout son corps, et la plupart du temps l'en-

traîne au tombeau, jusqu'au vieillard qui veut à peine croire dans son étonnement, qu'après tant d'années il faille encore payer un plaisir qu'il a oublié.

Les symptômes par lesquels les syphilides se présentent peuvent être rapportés à trois ordres ; au premier appartiennent ceux qui sont communs aux syphilides en général ; dans le second viennent se ranger les symptômes particuliers à chaque espèce. Ainsi la syphilide papuleuse présente un aspect différent de la pustuleuse, etc. Enfin, dans le troisième ordre, nous parlerons de cet appareil presque constant de symptômes généraux, triste et fréquent apanage de ce genre d'éruption.

Symptômes communs. Les syphilides présentent en général une *teinte cuivrée ;* dans quelques cas seulement de syphilides aiguës, cette teinte est moins prononcée, mais encore ne présentent-elles jamais la couleur rouge franchement inflammatoire.

Elles affectent presque toujours la *forme circulaire*, soit que cette forme existe dans les plaques isolées d'un petit diamètre, soit qu'elle se retrouve aux extrémités d'une éruption plus ou moins étendue, dessinée à grands traits. Quelquefois le cercle n'est pas complet, surtout dans ces derniers cas ; mais il est toujours facile de saisir à l'œil qu'il ne manque souvent qu'un très-petit segment pour compléter l'anneau, dont on retrouve, du reste, ou la moitié, ou les trois quarts, souvent dans une grande étendue.

Les *squammes* sont toujours minces, sèches et grisâtres : les *croûtes*, épaisses, verdâtres, quelquefois noires, toujours dures et sillonnées.

L'éruption peut affecter tous les points de la peau, mais la face et surtout le front et les ailes du nez, le dos et les épaules, sont sans contredit leurs siéges d'élection. On a

dit que la main et les poignets en étaient souvent affectés; parmi les faits extrêmement nombreux que nous avons pu observer dans les salles de M. Biett, ces cas, au contraire, se sont offerts très-rarement.

La peau, dans les intervalles sains, est le plus souvent terreuse, et le malade, le plus ordinairement, exhale une odeur infecte et tout-à-fait particulière.

Le froid favorise leur développement, la chaleur le réprime.

Symptômes particuliers. Nous avons dit que la syphilide pouvait affecter la forme exanthématique, vésiculeuse, pustuleuse, tuberculeuse, papuleuse et squammeuse; nous allons examiner ces espèces en particulier, ou du moins exposer les symptômes qui les caractérisent individuellement.

— *Syphilide exanthématique.* La syphilide exanthématique présente deux variétés, l'une qui peut *être primitive* et aiguë, l'autre qui est toujours consécutive et chronique.

La première (*roséole syphilitique*) se présente sous la forme de petites taches grisâtres irrégulières, d'un rouge *cuivreux*, légèrement confluentes, et disparaissant quoique lentement sous la pression du doigt. Cette variété se manifeste principalement sur le tronc et sur les membres; elle accompagne toujours des symptômes primitifs, et surtout la blennorrhagie. Développées sans aucuns symptômes généraux, ces petites tâches apparaissent spontanément, souvent dans une seule nuit; elles sont accompagnées d'un léger prurit et sont en général de peu de durée; elles se dissipent peu à peu, et bientôt il ne reste plus qu'une teinte légèrement grisâtre qui persiste quelquefois plusieurs mois. Cette éruption est le plus souvent fugace, éphémère, et disparaît ordinairement en peu de jours.

La roséole peut aussi se manifester d'une manière consécutive, et nous en avons vu des exemples, après plusieurs années d'une infection première. Dans ce cas, l'éruption est presque toujours provoquée par une vive impression morale, ou bien elle est déterminée par l'administration d'un purgatif, ou elle apparaît à la suite d'un bain. L'éruption se fait lentement, et peut durer plusieurs mois. Dans ces deux cas, l'éruption simulerait assez bien la roséole simple, si l'absence des symptômes généraux, et surtout la teinte cuivrée, qui devient de plus en plus manifeste, à mesure que l'éruption fait des progrès, ne constituaient des caractères suffisans pour éviter l'erreur.

Dans la seconde variété, la syphilide exanthématique est toujours consécutive.

La syphilide exanthématique qui succède à une infection première plus ou moins éloignée (*maculæ syphiliticæ; taches, éphélides syphilitiques*), se manifeste aussi sur le tronc et les membres, mais on la rencontre très-souvent à la face et surtout au front. Ici, il n'y a plus la moindre apparence d'un exanthème aigu; ce sont des taches quelquefois irrégulières, mais le plus ordinairement assez exactement arrondies, d'une teinte cuivrée très-foncée, jamais confluentes, et ne disparaissant qu'incomplétement sous la pression du doigt. Leur largeur, dans la plupart des cas, égale celle d'un écu de trois francs; elles se recouvrent quelquefois, mais rarement, d'une exfoliation légère, et sont accompagnées d'un peu de démangeaison. Ces taches peuvent exister seules, mais le plus souvent elles co-existent avec d'autres symptômes syphilitiques qui ont leur siége soit à la peau, soit sur d'autres tissus.

La syphilide exanthématique se termine par résolution ou par une desquammation légère; mais ses plaques, malgré l'assertion de quelques pathologistes, ne deviennent

jamais le siége d'ulcérations, et si dans quelques cas rares on les a vues se recouvrir de croûtes, celles-ci avaient succédé à des pustules accidentelles.

Syphilide vésiculeuse. Cette variété est une des formes les plus rares que puisse revêtir la syphilis; M. *Biett*, qui a vu un si grand nombre d'éruptions vénériennes, ne l'a rencontrée que trois ou quatre fois; nous-mêmes nous avons eu occasion de l'observer chez une jeune malade, couchée dans ses salles. L'exposition des symptômes que présentait cette jeune fille, servira ici de description.

J***, âgée de 16 ans, d'une forte constitution, bien réglée, d'un tempérament sanguin, souffrait depuis quelques jours de la gorge; elle ressentait, au fond de la bouche, une chaleur et une cuisson insolites; elle avait quelque difficulté à avaler sa salive; elle s'aperçut bientôt de quelques petits *boutons* qui avaient paru çà *et là sur différens* points de la surface du corps. Elle n'avait eu, du reste, que de très-légers symptômes généraux, qui avaient consisté dans un peu d'anorexie, et dans quelques légers mouvemens fébriles. C'est dans cet état qu'elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis. La présence des vésicules (car c'était en effet de petits soulèvemens de l'épiderme, formés par *l'é*panchement d'une sérosité transparente) dont l'apparition avait été précédée d'une angine et d'un peu de fièvre, fit diagnostiquer une varicèle. La malade était à son sixième jour : l'éruption couvrait presque tout le corps, et les vésicules, qui laissaient entre elles quelquefois des intervalles fort grands, se présentaient à différens états : les unes étaient naissantes, tandis que d'autres étaient *déjà* flétries. Il n'y avait, du reste, d'autres symptômes concomitans que l'angine.

M. Biett, ayant examiné cette jeune fille, trouva beau-

coup d'analogie entre l'éruption dont elle était atteinte et un syphilide vésiculeuse, qu'il avait eu déjà occasion d'observer deux fois dans des circonstances analogues. Un examen attentif, et les modifications ultérieures qu'éprouva cette maladie, confirmèrent bientôt ce diagnostic. En effet, les vésicules étaient petites; leur base, assez large, était entourée d'une auréole d'un rouge évidemment cuivré; elles n'étaient pas franchement inflammatoires; leurs progrès étaient extrêmement lents, et elles ne déterminaient aucun symptôme local, aucune démangeaison, presque point de chaleur. Peu à peu elles se flétrirent, et le liquide fut résorbé. Dans quelques unes, il devint opaque, se concréta, et donna lieu à une petite squamme qui se détacha au bout d'un temps plus ou moins long; mais de quelque manière qu'elles se fussent terminées, elles laissèrent toutes après elles une injection cuivrée, qui présentait tous les caractères des taches syphilitiques.

Enfin ce qui vint s'adjoindre à ces phénomènes singuliers, et ce qui contribua puissamment avec eux à déceler la véritable nature de la maladie, ce fut l'examen attentif de l'arrière-bouche, lors de l'entrée même de cette jeune fille. On découvrit sur la membrane muqueuse du pharynx, une ulcération arrondie, à fond grisâtre, dont les bords étaient coupés à piç, etc. Cette jeune malade fut soumise aux délayans seulement, et l'on voulait voir si quelques symptômes se présenteraient avec des caractères plus tranchés encore, quand elle demanda à sortir, au bout de quinze jours, ennuyée, dit-elle, que la maladie n'avançât pas. Aucun aveu, du reste, de sa part, ne confirma le diagnostic, qui d'ailleurs était assez justifié par les symptômes que l'on avait pu observer.

Persuadé que cette maladie devait se dessiner de plus en plus, l'un de nous alla voir cette jeune malade chez elle,

un mois après sa sortie, et là il put se convaincre qu'elle avait tout le corps couvert de véritables *pustules syphilitiques*. Elle était alors entre les mains d'un empirique, et elle ne voulut point rentrer à l'hôpital.

Syphilide pustuleuse. Cette variété est caractérisée par la présence de petites tumeurs à base plus ou moins large, remplie d'un matière ichoreuse ou purulente. Ces pustules, dont le plus souvent le liquide s'est concrété et a formé des croûtes, laissent après elles, tantôt une tache grisâtre, tantôt une cicatrice, tantôt une ulcération plus ou moins profonde.

C'est la première forme que la syphilis paraît avoir revêtue dès son apparition en Europe.

Dans quelques cas, ces pustules (*psydraciées*) sont petites, étroites, groupées les unes à côté des autres. Elles sont extrêmement nombreuses, ordinairement allongées, conoïdes; leur base est dure, entourée d'une *auréole cuivrée*; elles-mêmes présentent une couleur d'un rouge terne : elles se développent d'une manière successive, et l'on trouve tout près les unes des autres des pustules naissantes, d'autres qui sont flétries, et enfin des traces de celles qui viennent de disparaître. Leurs progrès sont lents, l'inflammation peu vive; cependant elle s'étend quelquefois assez profondément pour détruire le derme, et laisser une petite cicatrice blanche, circulaire, déprimée au centre, de la largeur d'une tête d'épingle. C'est sans doute parce que l'on a confondu ces lésions élémentaires avec des *papules*, que l'on a décrit comme appartenant à une affection papuleuse, ces cicatrices, qui sont au moins, dans la grande majorité des cas, le résultat de véritables pustules.

Cette variété peut occuper tous les points de la surface de la peau; mais on l'observe le plus souvent à la face et

au front, où elle simule assez bien l'*acne rosacea* (couperose) au premier aspect ; les pustules se dessèchent, forment une petite croûte d'un jaune grisâtre. Cette croûte se détache, tombe, et laisse quelquefois une cicatrice ; mais le plus souvent on observe seulement après elle une injection plus ou moins prononcée du réseau vasculaire. Il est rare que ces pustules *psydriaciées* se terminent par des ulcérations, et celles-ci n'ont guère lieu que quand plusieurs pustules se sont réunies.

Nous avons vu quelquefois, et entre autres chez un malade couché dans les salles de M. Biett, ces pustules, fixées aux jambes, être précédées de taches violacées, presque noires ; elles se rapprochaient, finissaient par se confondre, et la peau présentait de véritables engorgemens sanguins noirâtres, de la largeur d'un écu de six francs. Dans les intervalles, elle offrait une couleur particulière, elle était d'une nuance terreuse. Ces véritables hémorrhagies cutanées avaient lieu à la face interne de la jambe. C'est surtout dans ces circonstances qu'une foule de petites pustules se réunissent et donnent lieu à des ulcérations.

La syphilide pustuleuse se présente le plus souvent avec des caractères différens. Elle se manifeste sous la forme de pustules plus larges (*phlysaciées*), aplaties, le plus souvent isolées, peu saillantes, semblant, au contraire, déprimées au centre.

Quelquefois de la largeur d'une lentille, ces pustules sont assez nombreuses, peu proéminentes. Leur base est dure, et elles ne renferment que peu de liquide purulent, dont la couleur, d'un blanc jaunâtre, tranche d'une manière remarquable au milieu de cette petite élévation cuivrée. Elles se manifestent surtout à la poitrine et à la face, ne sont que très-rarement suivies d'ulcérations ; il

se forme une petite croûte qui tombe, et laisse souvent après elle une cicatrice, dans quelques cas seulement une injection livide, et quelquefois une petite induration chronique. Cependant il arrive, dans quelques circonstances, que les pustules de cette variété s'enflamment dans une plus grande étendue, le liquide purulent est plus abondant, plusieurs pustules se réunissent, elles s'ouvrent, le liquide qu'elles contenaient se concrète, et forme des croûtes épaisses, verdâtres, entourées d'une large auréole violacée, très-adhérentes, et qui semblent même pénétrer dans l'épaisseur du derme : des ulcérations profondes succèdent constamment à ces croûtes.

D'autres fois, les pustules sont plus larges encore (*ecthyma syphilitique*); elles se rapprochent tout-à-fait de celles de l'ecthyma, dont elles diffèrent du reste, comme nous le verrons, par plusieurs caractères. Elles sont ordinairement rares, discrètes, peu nombreuses; elles se montrent surtout aux membres, et principalement aux jambes, d'abord sous la forme d'une tache livide de la largeur d'un franc, quelquefois plus. L'épiderme se soulève dans une grande étendue de la plaque; il est distendu par un liquide grisâtre, séro-purulent : la tumeur se développe lentement; elle est entourée d'une large auréole, constamment cuivrée, bien différente de celle de l'*ecthyma vulgare*, qui présente une teinte d'un rouge pourpre. Au bout de quelques jours, elle s'ouvre, et donne issue à un liquide qui se concrète et forme une croûte noirâtre, très-dure; celle-ci peu à peu devient très-épaisse, se sillonne circulairement, et le plus souvent est exactement arrondie. Ce développement a presque lieu, même sans symptômes inflammatoires locaux; il y a peu de chaleur; les parties voisines ne sont point douloureuses; le plus souvent le malade éprouve souvent une légère cuisson. Ces croûtes sont

très-adhérentes, et elles peuvent rester un temps infini sans se détacher. Lorsqu'elles tombent, soit naturellement, soit à la suite d'applications émollientes, elles laissent à découvert des ulcérations arrondies, le plus ordinairement profondes, dont les bords, exactement coupés à pic, sont constitués par un tissu dur, comme violacé, et le fond grisâtre, blafard, présente un mauvais aspect. Ces ulcérations ne tendent point à s'agrandir. Peu à peu la croûte se reforme pour tomber de nouveau, jusqu'à ce qu'enfin, à l'aide de médications appropriées, les incrustations devenues moins épaisses, les surfaces ulcérées se détergent, et soient remplacées par une cicatrice ronde et indélébile. C'est la forme la plus commune de la syphilide pustuleuse.

C'est cette espèce de syphylide que présentent le plus souvent les enfans qui naissent infectés. Dans ce cas, les pustules sont assez larges, superficielles, aplaties, ovales, très-nombreuses; elles se recouvrent de croûtes noirâtres, le plus souvent peu épaisses, suivies de petites ulcérations. Il y a en même temps un certain ensemble de la physionomie, bien caractéristique, et qu'il serait difficile de décrire: la peau est terreuse, les enfans sont maigres, étiolés, leurs traits sont tirés, des rides profondes sillonnent leur visage, ils ont l'air de petits vieillards; ils exhalent une odeur infecte.

Quelquefois la peau qui avoisine les ongles devient le siége de pustules syphilitiques; il s'en forme même au-dessous d'eux. A ces pustules succèdent des ulcérations qui laissent écouler une suppuration sanieuse qui excorie les parties voisines; les ongles finissent par se détacher. Ils repoussent lentement, mais d'une manière vicieuse; ils deviennent petits, étroits, chagrinés, minces, grisâtres et friables. Les ulcérations se cicatrisent; la peau, dans ces

parties, est d'un rouge vif, elle saigne au moindre contact, et elle est quelquefois le siége de douleurs très-vives.

La syphilide pustuleuse est le plus souvent consécutive.

Syphilide tuberculeuse. C'est une des formes les plus fréquentes de la syphilide. Dans cette variété, l'éruption vénérienne se manifeste par des tubercules d'un volume variable, rouges ou cuivrés, obronds, aplatis, ou coniques, quelquefois épars, mais, dans le plus grand nombre des cas, rassemblés en groupes, et même le plus souvent disposés de manière à former des cercles bien marqués. Ces indurations circonscrites peuvent rester indolentes pendant un temps infini, et se montrer toujours lisses et polies; d'autres fois elles sont le siége d'une desquammation légère, ou bien elles sont suivies d'ulcérations qui se recouvrent de croûtes épaisses, et tantôt, bornées à une surface peu étendue, peuvent devenir plus ou moins profondes, tantôt, au contraire, envahissant les régions voisines, peuvent sillonner une partie de l'enveloppe cutanée.

La syphilide tuberculeuse peut se développer sur tous les points de la surface du corps; mais elle affecte de préférence le visage, et même le nez et les commissures des lèvres, en sont un siége tellement fréquent que la présence d'un tubercule dans ces régions est presque un signe pathognomonique d'une infection vénérienne. Elle se manifeste quelquefois dans les sourcils, au cuir chevelu, et détermine la chute des cheveux par les ulcérations qui en sont la suite. Nous l'avons vu occuper à la fois toute la surface du corps chez un malade couché dans les salles de M. Biett.

La syphilide tuberculeuse peut se présenter à une foule d'états différens; nous indiquerons ceux qui s'offrent le plus souvent à l'observation.

Quelquefois ce sont de petits tubercules, dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois, obronds, d'une teinte cuivrée, le plus souvent rangés exactement à côté les uns des autres, laissant entre eux peu d'intervalle, et formant des cercles parfaits, d'un diamètre variable. Chaque tubercule se recouvre d'un petit disque squammeux, dur, grisâtre, qui n'en remplit pas exactement tout le sommet; le milieu de chaque cercle est entièrement sain. Cette variété est très-rarement suivie d'ulcération; quand elle marche à la guérison, peu à peu les tubercules s'affaissent, ils se rapprochent de plus en plus du niveau de la peau. Bientôt il ne reste plus qu'une teinte d'un rouge livide, qui elle-même finit par disparaître; et au bout d'un temps plus ou moins long, la résolution est complète. On rencontre cette variété surtout au front et au col : elle n'est jamais primitive.

D'autres fois ce sont des tubercules plus volumineux, rassemblés en groupes et sans ordre, sur une surface plus ou moins étendue : ovales ou pyriformes, ils sont très-proéminens : ils peuvent égaler le volume d'une petite olive. Lisses, luisans et polis à leur sommet, ils ne se recouvrent d'aucune exfoliation, ne déterminent aucune douleur, et peuvent rester ainsi stationnaires pendant plusieurs années. Ils ne deviennent jamais le siége d'ulcérations, ou au moins sont-elles très-rares dans ces circonstances. Cette variété existe surtout à la face, et principalement aux joues et à l'extrémité du nez. Elle est toujours consécutive.

Dans une foule de cas, ce sont de larges tubercules isolés, arrondis, peu nombreux, d'un rouge violacé, entourés d'une auréole cuivrée, qui se développent surtout au visage, et principalement à la lèvre supérieure et au nez. Ils restent stationnaires pendant un espace de temps va-

riable. Mais plus tard ils deviennent douloureux, comme tendus; autour d'eux se dessine une plaque érythémateuse, plus ou moins large, qui présente quelque chose de particulier dans sa coloration : ce n'est point une rougeur habituelle, c'est une teinte violacée. Bientôt leur sommet s'ulcère : l'ulcération s'étend en profondeur, elle se recouvre d'une croûte épaisse : de nouveaux tubercules se développent auprès des premiers, leur marche est plus rapide, les ulcérations se confondent, et une incrustation dure, noirâtre, fort adhérente, présente une surface plus ou moins large. Si l'on fait tomber cette croûte, on voit au dessous d'elle un ulcère inégal, mais dont les bords arrondis sont taillés à pic, et constitués par un tissu dur, violacé, comme engorgé. Le centre est plus ou moins profond. De nouvelles croûtes se reforment, et souvent à leur chute elles découvrent des destructions nouvelles, surtout quand elles ont leur siége sur des parties peu épaisses. C'est ainsi que souvent on voit tomber une aile du nez, ou bien qu'une portion de la lèvre se trouve rongée. Les surfaces qui restent sont d'un rouge violacé, exactement coupées, et, chose digne de remarque, elles présentent des formes évidemment arrondies, un quart, une moitié de cercle parfaits. Quant au cas d'ulcères qui ont détruit entièrement le nez, ses cartilages et ses os, de manière à laisser l'ouverture des fosses nasales de niveau avec l'une et l'autre joue, comme nous en avons vu un grand nombre d'exemples à l'hôpital Saint-Louis, le mal a toujours commencé, ou au moins dans la grande majorité des cas, par une altération des os et des tissus intérieurs; il s'est établi des nécroses, des caries, des ulcérations de la muqueuse; la maladie a fait des progrès au dehors; la peau a bientôt participé à l'altération profonde des parties sous-jacentes; elle s'est amincie, ulcérée, et dès lors, tout ob-

stacle étant franchi, les ravages ont été rapides. Cette variété est toujours consécutive.

Dans d'autres circonstances, ce sont de gros tubercules rouges, durs, arrondis, dispersés çà et là sur différens points du corps, et principalement sur le dos; ils égalent quelquefois la grosseur d'une petite noisette. Ils ne se recouvrent point de squammes, et peuvent rester plus ou moins long-temps stationnaires; mais au bout d'un certain temps quelques uns deviennent le siége d'ulcérations qui, parties de leur sommet, envahissent les surfaces voisines, et se contournent en spirales dans leur marche, sillonnent la peau souvent dans une grande étendue, se cicatrisent à une de leurs extrémités pendant que l'autre s'étend sans cesse. Ces ulcérations, qui décrivent des circonvolutions de formes diverses, des segmens de cercle, des cercles entiers, des zigzags, des spirales, des espèces de chiffres ou lettres, etc., sont superficielles, et leur largeur ne dépasse pas ordinairement quelques lignes. Elles se couvrent de croûtes épaisses, dures, noires, très-adhérentes, et laissent après elles des cicatrices indélébiles et difformes: quelquefois ce sont des espèces de brides. Le plus souvent il se reforme incessamment des tubercules nouveaux, et tous d'ailleurs ne s'ulcèrent pas à la fois, de sorte qu'en même temps on peut voir sur le même individu tous les différens états de cette éruption. M. Biett a eu dans ses salles, un malade qui était couvert depuis la tête jusqu'aux pieds de cette variété de la syphilide tuberculeuse. Le visage, le cuir chevelu, les bras, et surtout le dos, étaient couturés de longues cicatrices difformes, interrompues çà et là par des tubercules saillans, rouges et volumineux, et de temps en temps des *ulcérations serpigineuses* venaient sillonner les surfaces malades, et se recouvraient de croûtes épaisses. Cette variété est toujours consécutive.

Enfin la syphilide tuberculeuse se présente encore sous une autre forme qui constitue quelquefois un symptôme primitif. Ce sont des tubercules ronds, épais, aplatis, et dont le sommet devient le siége de petites ulcérations linéaires (*pustules plates* de M. Cullerier). Quelquefois ces tubercules ne dépassent pas la largeur d'une lentille : tels sont ceux qui surviennent au point de jonction de l'aile du nez, de la joue, ou bien de la commissure des lèvres. D'autres fois, au contraire, ils acquièrent le diamètre d'une pièce d'un franc; ils présentent en outre quelques lignes d'épaisseur; leur couleur est d'un rouge-livide très-foncé : ils se manifestent surtout, dans ce dernier cas, au scrotum, sur la verge, au pubis, aux cuisses et à l'anus. Bientôt leur sommet devient le siége d'une petite ulcération linéaire; ils sont comme fendillés, et laissent suinter un liquide sanieux qui exhale une odeur nauséabonde particulière. Quelquefois tout le scrotum en est couvert; ils sont isolés, et très-exactement arrondis; ils font une saillie très-remarquable. Quelquefois, surtout au pourtour de l'anus, ils se joignent par quelques points de leur circonférence, et présentent des surfaces plus larges, mais dont les ulcérations sont toujours superficielles. Cette variété peut être primitive : le plus souvent elle constitue un symptôme consécutif.

Syphilide papuleuse. (Lichen syphilitique.) La syphilide papuleuse consiste en une éruption de petites élévations pleines, peu saillantes au dessus du niveau de la peau, dures, solides, ne contenant aucun liquide, n'étant jamais suivies de véritables ulcères ni de cicatrices, et se terminant par résolution et par desquammation.

Elle peut se présenter à deux états différens : dans l'un, elle est aiguë, et constitue presque toujours un symptôme primitif; dans l'autre, elle est constamment consécutive, et suit une marche tout-à-fait chronique.

Dans la première variété (*lichen syphilitique, scabies venerea* de quelques auteurs), les papules sont très-petites, très-nombreuses, légèrement coniques, souvent innombrables ; elles présentent une teinte cuivrée, et, dans quelques points, les auréoles violacées qui se confondent donnent assez bien à la peau l'apparence d'une large surface cuivrée, hérissée d'une foule de petits points saillans, et d'une couleur un peu moins foncée. Elles accompagnent souvent une blennorrhagie, ou se développent peu de temps après la disparition de l'écoulement, ce qui est tout-à-fait en rapport avec les opinions de M. Carmichael. Ces papules se manifestent ordinairement sur tout le corps, et principalement à la face ; leur apparition, bien loin de se faire d'une manière successive, comme on l'a dit à tort, est, au contraire, presque simultanée, et l'éruption se fait en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le plus souvent elle n'est accompagnée d'aucuns symptômes généraux. Nous l'avons vue cependant quelquefois précédée de céphalagie, de malaise général, d'un peu de fièvre, et compliquée d'une démangeaison assez vive. Nous avons entre autres observé ces phénomènes d'une manière très-remarquable chez un malade qui fut évacué à l'hôpital Saint-Louis. C'était un jeune homme de vingt ans, qu'on avait envoyé à l'hôpital de la Pitié, comme étant atteint de la variole ; mais l'éruption présentait évidemment les caractères d'un lichen syphilitique ; elle accompagnait une blennorrhagie.

C'est une des variétés de la syphilide les moins graves. Bateman a dit que les papules s'ulcéraient quelquefois à leur sommet, et même après lui on les a décrites comme finissant toujours par s'ulcérer quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, et comme *étant remplacées par des cicatrices violacées*. C'est une erreur manifeste. D'abord abandonnées à elles-mêmes, souvent elles sont

de peu de durée, et disparaissent en se terminant par résolution. Il est possible que leur sommet s'ulcère quelquefois comme on l'observe pour le *lichen agrius*. Dès lors il exsuderait un liquide qui se concrèterait, et formerait de petites croûtes extrêmement légères; mais ces exemples sont excessivement rares, et d'ailleurs les ulcérations du lichen ne laissent aucune cicatrice. On peut dire qu'il n'en existe jamais à la suite des papules syphilitiques. Dans presque tous les cas, l'éruption se flétrit au bout de quelques jours; il se fait une desquammation légère, presque insensible, les papules disparaissent, et ne laissent après elles que de petites taches qui tardent peu à se dissiper.

Dans la seconde variété, cette syphilide affecte une marche tout-à-fait chronique; elle se manifeste par des papules plus larges, aplaties, du volume de petites lentilles, d'une teinte cuivrée. Elles sont légèrement proéminentes au dessus du niveau de la peau, et très-régulièrement arrondies. Développées d'une manière lente et successive, elles se présentent d'abord sous la forme de petites taches jaunes qui s'élèvent peu à peu et constituent des papules indolentes, sans auréole à leur base, ordinairement réunies en grand nombre, et séparées par des intervalles dans lesquels la peau est comme terreuse et flétrie, et n'excitant aucune démangeaison. Elles occupent les membres, surtout dans le sens de l'extension; mais le front et le cuir chevelu en sont aussi très-fréquemment le siége. Toujours consécutives, elles accompagnent très-souvent d'autres élémens des syphilides, et surtout des pustules. Il est rare que cette variété se termine par délitescence. Le plus ordinairement elle est d'une très-longue durée, et le sommet de chaque papule se recouvre d'une pellicule sèche, grisâtre. Ces pellicules tombent et se reforment sans cesse, jusqu'à ce

qu'enfin les petites élévations qu'elles surmontent soient redevenues de niveau avec le reste de la peau, qui ne présente plus que des taches d'un blanc grisâtre toujours longues à disparaître. Nous avons vu quelquefois à l'hôpital Saint-Louis ces papules, extrêmement nombreuses, couvrir presque tout le corps; elles laissaient peu d'intervalle entre elles; la peau, flétrie et ridée, était sèche, et offrait une teinte cuivrée générale; les papules étaient le siége d'une desquammation tellement marquée qu'en diminuant de volume, lorsqu'elles s'étaient rapprochées du niveau de la peau, les intervalles se trouvaient masqués par les petites pellicules, et la maladie présentait au premier coup d'œil tout l'aspect des affections *squammeuses*.

Syphilide squammeuse. La syphilide se manifeste quelquefois par des écailles sèches, grisâtres, qui surmontent de petites élévations d'une couleur cuivrée, etc., et dans ces cas elle peut affecter plusieurs formes que nous avons vues appartenir aux maladies *squammeuses*. Ainsi, elle peut se présenter sous les apparences de la *lèpre* ou sous celles du *psoriasis*. Cette espèce constitue toujours un symptôme consécutif; elle affecte une marche chronique : sa durée est ordinairement très-longue. Elle se termine par résolution et par desquammation, jamais par ulcération; elle ne laisse pas de cicatrices à sa suite.

Une des formes les plus remarquables, c'est celle qui non-seulement se présente avec les plaques de la *lèpre*, mais encore dont les disques offrent une teinte grisâtre très-foncée, presque noire, et qui a été décrite comme une simple variété de cette dernière maladie (*lepra nigricans*). Cette syphilide est extrêmement rare. Nous avons eu occasion d'en observer un cas fort curieux dans les salles de

M. Biett à l'hôpital Saint-Louis, et chez ce malade l'éruption ayant disparu sous l'influence d'une irritation abdominale, et s'étant manifestée de nouveau avec tous ses caractèress quelque temps après, nous avons pu suivre exactement son développement.

Cette syphilide s'est présentée sous la forme de plaques exactement arrondies, dont le diamètre variait depuis deux ou trois lignes jusqu'à un demi-pouce et même plus, élevées sur les bords, déprimées au centre, offrant une teinte noirâtre très-remarquable, plus foncée dans le milieu de la plaque que sur les points élevés qui en constituaient la circonférence. Les squammes qui les recouvraient étaient minces, sèches, cassantes, et adhéraient fort peu; à leur chute, elles laissaient voir des élévations lisses et polies. Cette éruption ayant disparu peu à peu sous l'influence d'une inflammation interne, les squammes, qui d'ailleurs se reformaient lentement, ont cessé d'être reproduites, les bords sont devenus de moins en moins saillans, et bientôt il n'est plus resté qu'une tache noirâtre, arrondie, dont la teinte a diminué un peu, mais qui n'a point disparu. Au bout de six semaines, la maladie accidentelle était guérie; l'éruption reparut, les plaques se reformèrent vers le milieu des taches anciennes, de manière à présenter bientôt les mêmes caractères qu'elles avaient offerts auparavant. Les points élevés qui peu à peu formaient une espèce de bourrelet saillant n'étaient pas, au début, de la même couleur que la plaque; mais ils présentaient une teinte rouge cuivrée, Quelques disques se manifestèrent sur des parties où la peau était restée saine, et leur développement n'était pas précédé d'une petite tache d'un rouge vif, comme dans la lèpre, mais d'une injection grisâtre, sans chaleur, sans cuisson, sans démangeaison. La peau qui n'était pas le siége des plaques

squammeuses présentait une teinte terreuse, et le malade exhalait une odeur particulière.

Cette éruption peu se développer sur tous les points du corps. Dans le cas dont nous avons parlé, elle était générale, et ces plaques noires très-nombreuses, séparées par des intervalles où la peau saine offrait une coloration jaunâtre, cuivrée, imprimaient au malade un aspect tout-à-fait remarquable. Des circonstances antérieures, quelques exemples analogues observés par M. Biett, et surtout les caractères positifs que présentait cette variété, ne pouvaient laisser le moindre doute sur sa nature vénérienne.

La lèpre syphilitique se rattache le plus ordinairement à une syphilis constitutionnelle. Elle est rarement primitive. Cependant M. Biett a cité, dans ses *leçons cliniques*, un cas bien remarquable dans lequel elle s'est manifestée quelque temps après un coït impur.

Dans le plus grand nombre des cas, la syphilide squammeuse se présente avec d'autres caractères qui appartiennent plus spécialement au *psoriasis*, et le plus ordinairement au *psoriasis guttata*. Les plaques peuvent être bornées à une seule région ; mais le plus souvent on les rencontre à la fois au col, au dos, à la poitrine, à la partie antérieure de l'abdomen, sur les membres, à la face, et surtout au front, quelquefois même au cuir chevelu. Leur largeur varie depuis un centime jusqu'à celle d'une pièce de trente sous. Le plus souvent elles sont isolées, discrètes, irrégulièrement arrondies; elles sont légèrement saillantes au dessus du niveau de la peau ; elle se recouvrent de squammes minces, dures, grisâtres, assez adhérentes, et qui laissent voir à leur chute des élévations non pas rouges et fendillées, comme dans le psoriasis, mais lisses, luisantes et d'une teinte cuivrée. Quand elles ressemblent à celle du *psoriasis guttata*, elles présentent un caractère

que M. Biett regarde depuis long-temps comme un signe pathognomonique; c'est un petit liséré blanc, qui entoure la base de chaque disque au point où il s'élève au-dessus du niveau de la peau. C'est une espèce de cercle blanc, adhérent à la base, évidemment produit par l'épiderme, en quelque sorte déchiré au pourtour. Ce caractère, s'il n'est pas constant, est au moins très-fréquent, et c'est à tort que l'on a regardé ce collet comme n'étant d'aucune valeur. Enfin, c'est encore une erreur de dire qu'on le retrouve dans d'autres formes, et notamment dans les vésicules, dans la varicelle, par exemple. Mais il y a une très-grande différence. Le liséré syphilitique est fortement adhérent à l'entour de la plaque, tandis que dans la varicelle, quand la vésicule s'ouvre pour laisser échapper la sérosité qu'elle renferme, elle laisse une partie de l'épiderme qui reste flottante. Quelquefois, mais plus rarement, plusieurs plaques se réunissant par quelques points de leur circonférence, ne forment *plus qu'une* seule surface cuivrée, et présentent çà et là des portions de squammes qui se détachent et se reforment lentement. Cette éruption commence ordinairement à paraître d'abord sur le bras, puis elle s'étend sur la poitrine, le dos, et enfin à la face : elle se manifeste au début par de petits points d'une teinte cuivrée, accompagnés quelquefois de beaucoup de démangeaisons; peu à peu ils s'étendent, s'élèvent et se recouvrent de squammes, etc.

Enfin la syphilide squammeuse se présente, dans quelques cas très-rares aussi, à la paume des mains, et surtout à la plante des pieds, sous une forme tout-à-fait remarquable, que M. Biett a décrite sous le nom de syphilide squammeuse cornée. Elle se manifeste par des points cuivrés, légèrement élevés au dessus du niveau de la peau; plus saillans au centre, ces points se recou-

vrent de squammes grisâtres, dures, fendillées, qui se multiplient et en se réunissant forment un sorte de plaque générale, avec des rhagades et des fissures. Ce qui a engagé M. Biett à lui donner le nom de *cornée*, c'est que le centre (quand la maladie existe déjà depuis long-temps) présente une substance cornée, comme cylindrique, tout-à-fait enfoncée dans la plaque. Cette variété existe rarement seule; elle accompagne le plus ordinairement d'autres éruptions syphilitiques, et surtout des éruptions squammeuses.

Souvent des formes différentes se rencontrent en même temps sur le même malade. Ainsi l'on retrouve fréquemment des papules à côté de pustules syphilitiques, celles-ci avec des tubercules. En général, la syphilide squammeuse se complique rarement d'éruption vénérienne d'une autre nature; mais comme toutes les autres, elle est presque constamment accompagnée de symptômes syphilitiques fournis par d'autres tissus.

Symptômes concomitans. Ces diverses éruptions peuvent être compliquées de tous les symptômes qui appartiennent à la syphilis, qui, comme on le sait, n'épargne presque aucun tissu, aucun organe, et même nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis plusieurs individus qui ont succombé à la réunion pour ainsi dire complète de toutes les altérations que peut présenter cette maladie. Heureusement ces cas sont assez rares; mais aussi on peut avancer qu'il est très-peu de syphilides qui ne soient accompagnées d'un ou de plusieurs symptômes d'une infection générale. Nous nous garderons bien de décrire ici toutes les altérations que peut déterminer la syphilis dans l'économie; mais nous

croyons devoir indiquer succinctement quelques uns de ses symptômes, qui forment une apanage presque inévitable des éruptions vénériennes.

Parmi ceux que l'on rencontre le plus souvent dans ces circonstances, il faut citer en première ligne les ulcérations de la gorge, et surtout celles que l'on observe sur les amygdales et sur la membrane muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du pharynx, bien reconnaissables par leur forme et leur aspect, et qui consistent, comme le dit Hunter, en une véritable perte de substance, comme si une portion de l'amygdale ou de la muqueuse pharyngienne eût été enlevée, dont les bords sont exactement taillés, et le centre profond présente une matière grisâtre, très-adhérente.

Viennent ensuite les douleurs ostéocopes, les périostoses et les exostoses; elles ont principalement leur siége dans les parties qui sont le plus rapprochées des surfaces extérieures, aux os du crâne, aux tibia, aux cubitus, et c'est toujours par les couches les plus superficielles qu'elles se manifestent au début. Hunter a pensé que le voisinage de ces parties avec la peau, et leur exposition au froid, pourraient expliquer pourquoi elles étaient plus promptement exposées à subir les effets de la syphilide, que celles qui sont plus profondes. Plus récemment on a attribué ces lésions à l'administration du mercure; mais comme il existe une foule d'exemples de malades qui ont présenté ces symptômes sans avoir jamais pris aucune préparation mercurielle, on ne saurait accorder à cette opinion la moindre valeur. C'est d'ailleurs ce que l'expérience a démontré à M. Biett d'une manière incontestable. Depuis 1816, il a observé par an, une moyenne de 5 à 600 individus qui, par métier, sont gorgés de mercure (des doreurs sur métaux, des metteurs au tain, des polisseurs de glace),

et jamais il n'a constaté la moindre altération des os ; jamais il ne les a vus atteints d'exostoses. Ils viennent en foule chercher à l'hôpital Saint-Louis des bains de vapeur pour des tremblemens mercuriels.

Un symptôme qui accompagne fréquemment les éruptions vénériennes, et qui mérite une grande importance parce qu'il peut devenir grave, c'est l'*iritis* si bien décrite par Béer, et sur la nature syphilitique de laquelle MM. Saunders et Wardrop, et plus récemment Lawrence, ont appelé l'attention. Nous n'en dirons que quelques mots. L'iritis s'annonce par de violens maux de tête, des douleurs sourdes, profondes et pesantes dans l'œil, augmentées par l'impression de la lumière : d'abord la pupille se contracte d'une manière uniforme, et les mouvemens de l'iris diminuent graduellement ; les cercles de cette membrane éprouvent des changemens dans leur couleur ; ils prennent une teinte plus foncée, quelquefois rougeâtre ; le bord de la pupille ne paraît plus aussi uni. Plus tard celle-ci se déforme, elle devient plus ou moins anguleuse : l'iris se tuméfie et s'avance vers la cornée : il se forme de petits abcès qui s'ouvrent dans la chambre antérieure, etc. ; enfin si l'on ne se hâte d'entraver sa marche, la maladie fait des progrès rapides ; pendant que d'une part l'inflammation gagne la capsule crystalline, qui peu à peu perd sa transparence, la cornée, de son côté, devient opaque, et l'iris paraît comme caché dans un brouillard ; enfin il s'exhale une petite couche d'une lymphe coagulable qu'on peut le plus souvent apercevoir à la loupe, et l'iris contracte des adhérences indestructibles, etc. Enfin un symptôme remarquable, qui accompagne assez fréquemment les syphilides, c'est celui que quelques pathologistes ont désigné sous le nom de *tumeur gommeuse*, et sur lequel M. Biett particulièrement a attiré l'attention dans ses

dernières cliniques. Ces tumeurs ne sont pas propres à la peau seulement, elles paraissent avoir pour point de départ le tissu lamineux. Elles sont caractérisées d'abord par un peu de gêne, une légère saillie, une teinte livide: quelquefois la peau n'est pas colorée, surtout quand la tumeur est plus profonde. La marche est lente, mais peu à peu la teinte devient plus livide, la tumeur plus conique, surtout là où la peau doit se déchirer, pour donner issue à la collection qu'elle renferme. D'abord on sent une dureté profonde, et plus tard un peu de fluctuation au centre de ce point dur. Les tumeurs gommeuses peuvent se terminer, mais très-rarement, par résolution. M. Biett en a cité un cas très-remarquable. Le plus souvent, la peau se déchire, quelquefois au bout de plusieurs mois, les bords se renversent, et au bout de deux ou trois jours il s'établit une large ulcération taillée à pic, et qui présente tous les caractères syphilitiques.

Tels sont les symptômes syphilitiques généraux qui accompagnent le plus ordinairement les éruptions vénériennes, qui, d'ailleurs, peuvent se compliquer d'une foule d'autres affections, soit de la même nature, soit étrangères à la syphilis. C'est ainsi qu'au bout d'un certain temps il s'établit des ulcérations dans le canal intestinal, et les malades finissent par succomber le plus ordinairement à une diarrhée chronique, accompagnée souvent de douleurs abdominales très-vives; d'autres fois il survient quelques accidens plus ou moins locaux. L'érysipèle de la face, par exemple, complique souvent une syphilide qui aurait son siége sur cette partie, et alors l'éruption disparaît momentanément; dans tous les cas, c'est plutôt une modification heureuse, qu'un symptôme à redouter. Enfin les syphilides peuvent être accompagnées d'ozènes, de la carie des cartilages de l'oreille, d'engorgemens squirrheux des testi-

cules ; elles sont souvent interrompues dans leur marche par l'apparition d'une inflammation intérieure, sous l'influence de laquelle on voit peu à peu l'éruption disparaître, et reparaître insensiblement aussitôt que l'organe enflammé est revenu à son état normal.

Elles déterminent souvent l'alopécie.

Les syphilides peuvent se compliquer de maladies de la peau d'une tout autre nature, et nous avons vu plusieurs fois l'eczéma, l'herpès, et surtout la gale, accompagner une syphilide pustuleuse, papuleuse, etc. Enfin les lésions élémentaires des syphilides se compliquent aussi fréquemment entre elles ; ceci est surtout remarquable pour quelques unes ; ainsi il est très-fréquent de rencontrer des papules avec des pustules ou des tubercules syphilitiques. La syphilide squammeuse se présente le plus souvent seule.

Nécropsie. Il est rare de voir des individus succomber à des syphilides seulement, mais il l'est beaucoup moins de rencontrer des malades qui meurent atteints depuis long-temps d'une éruption vénérienne, à laquelle se sont joints plus tard des symptômes plus graves d'une syphilis constitutionnelle, symptômes dont l'ensemble les entraîne peu à peu au tombeau. Dans plusieurs autopsies faites par M. Biett, il a observé une foule d'altérations diverses : des nécroses ; des exostoses ramollies, et dans ce dernier cas le tissu osseux présentait l'aspect des os spongieux ou de ceux qui sont à moitié détruits par des caries, avec cette différence, toutefois, que la matière qui remplissait les intervalles cellulaires était demi-liquide, d'un blanc jaunâtre ; des caries, surtout aux os du pied, des fistules. Chez un malade qui avait présenté tous les symptômes d'une phthisie laryngée, il y avait des ulcérations à la muqueuse de cet organe, une carie de ses cartilages, et un trajet fistuleux qui s'ouvrait à la partie

antérieure. Dans d'autres cas M. Biett a trouvé dans le canal intestinal, et surtout à la région iléo-cœcale, des ulcérations qui présentaient évidemment un cachet particulier. Dans presque tous nous avons observé un épanchement plus ou moins considérable de sérosité dans une des cavités splanchniques, et souvent dans toutes à la fois; enfin la plupart des cadavres des individus qui succombent à cette réunion de symptômes présentent une teinte terreuse; ils exhalent une odeur particulière et fétide, ils se putréfient avec la plus grande rapidité.

Causes. Les syphilides peuvent se manifester à la suite d'une foule de causes occasionelles; ainsi elles se développent fréquemment après des écarts de régime, un exercice forcé, une affection morale vive, etc. Quelquefois, au contraire, on a observé des éruptions syphilitiques sans que leur apparition ait été évidemment provoquée par aucune influence occasionelle appréciable; mais dans tous les cas elles reconnaissent une cause première incontestable, qui est une et identique, et que nous continuerons à appeler *virus* jusqu'à ce que l'on ait remplacé cette dénomination par une autre réellement plus exacte, d'autant mieux que le mot de *virus vénérien* nous semble tout-à-fait en rapport avec un genre d'affections qui se manifestent toujours avec les mêmes formes, dans les mêmes circonstances, et qui se présentent avec des caractères qui n'appartiennent qu'à elles. Nous aimons mieux, encore, admettre le virus que d'être obligés d'expliquer les symptômes consécutifs par une sympathie dont les effets ne se manifesteraient qu'au bout de dix, de vingt, de trente ans; d'autant mieux qu'en adoptant une théorie aussi subtile, il resterait encore à prouver de quelle nature était l'affection première qui a pu déterminer ces résultats sympathiques.

Quant à l'opinion qui attribue les symptômes syphilitiques consécutifs, et parmi eux surtout ceux qui ont l'enveloppe cutanée pour siége, au mercure administré pour combattre la syphilis, elle n'est pas mieux fondée : et il faut avoir vu peu d'éruptions syphilitiques pour n'avoir rencontré, nous ne disons pas quelquefois, mais souvent, des malades qui en étaient couverts, et qui, cependant, n'avaient jamais pris de mercure.

Enfin serait-ce, comme on le dit, de simples inflammations de la peau, déterminées le plus souvent par un agent direct, ou l'inflammation d'un organe intérieur? S'il en était ainsi, on devrait rencontrer aussi souvent des éruptions dites syphilitiques chez des individus qui n'auraient point eu de maladies vénériennes, que chez ceux qui ont été atteints de la syphilis; comment se fait-il donc qu'on ne les retrouve *jamais* que dans ce dernier cas?

Plus croyans aux leçons positives de la pratique, qu'aux belles théories de plusieurs auteurs modernes, et nullement entraînés dans le *progrès* que leurs ouvrages devaient imprimer à la science, nous continuerons à rester *routiniers* et à croire que les syphilides, quelle qu'ait été leur cause occasionelle, soit qu'elles se montrent en même temps que les symptômes primitifs, soit qu'elles se manifestent des mois et même des années après l'infection, se développent dans tous les cas sous une influence unique, *sui generis*, sous celle d'un *virus*.

A certains états elles sont évidemment contagieuses; elles peuvent être héréditaires, et il n'est pas rare de voir des enfans couverts, en naissant, de pustules syphilitiques, et chez d'autres même cette éruption se développer quelque temps après la naissance.

Dans d'autres circonstances, beaucoup d'enfans sont couverts d'une éruption analogue, qu'ils ont contractée

par la voie de l'allaitement; souvent aussi ils communiquent cette maladie à leur nourrice, et l'on a vu plusieurs fois une femme saine allaiter un enfant sain d'abord, mais né d'une mère infectée, et être bientôt couverte de pustules vénériennes.

Dans le plus grand nombre des cas, les syphilides se manifestent au bout d'un temps plus ou moins long, sans aucune cause occasionelle appréciable, et lorsque les malades semblaient jouir d'une parfaite santé.

Quelquefois, cependant, leur apparition est déterminée par une émotion vive, un excès, quelquefois une autre maladie, un accès de fièvre intermittente, par exemple; quelquefois aussi, elles sont précédées d'un trouble général, plus ou moins notable, de courbature, de malaise, de céphalalgie, symptômes qui disparaissent peu à peu à mesure que l'éruption a lieu.

Quant au rapport qui existerait entre elles et les symptômes primitifs, l'expérience a démontré qu'elles pouvaient tout aussi bien se développer à la suite d'une blennorrhagie, qu'après des chancres, des bubons, *et vice versa*.

Diagnostic. Les syphilides, bien qu'elles se présentent dans la plupart des cas avec des caractères des plus tranchés, sont cependant de toutes les éruptions, peut-être celles que l'on méconnaît le plus souvent, et par un contraste singulier, celles qui sont aussi le plus fréquemment supposées; ce qui dépend sans doute de ce qu'elles affectent presque toutes les formes des éruptions d'une autre nature, cependant elles se manifestent avec des symptômes bien distincts; et de plus, il existe constamment un certain ensemble, certaine nuance qui frappent l'œil exercé, avant même qu'il ait eu le temps de recourir aux détails; ces nuances, qu'il serait impossible de décrire, existent

surtout dans la coloration, dans la manière dont l'éruption est disposée pour ainsi dire, dans l'état général du malade.

Quant à la valeur que certains pathologistes ont accordée pour le diagnostic au succès et à l'insuccès des préparations mercurielles, elle est évidemment nulle, car bien que le mercure soit encore le moyen le plus précieux que nous possédions pour combattre la syphilis, ses résultats sont subordonnés à tant de modifications diverses, qu'il serait au moins singulier de baser sur eux le jugement que l'on pourrait porter sur la nature d'une maladie; d'ailleurs, comme nous le verrons, ces syphilides présentent, dans la plupart des cas, des caractères assez positifs pour les faire distinguer des éruptions qui pourraient être confondues avec elles, sans que l'on ait besoin d'avoir recours à ce moyen aussi peu sûr qu'il doit se trouver souvent peu convenable.

Les syphilides peuvent être confondues avec un certain nombre d'éruptions, qui se rapportent plus ou moins à telle ou telle forme, à tel ou tel état.

Celles qui pourraient en imposer surtout pour la *syphilide exanthématique* sont la roséole et l'urticaire, pour la syphilide exanthématique aiguë, et les éphélides pour celle qui suit une marche chronique.

Roséole. Cet exanthème diffère des plaques grisâtres de la syphilide, et par sa couleur rosée, et par les symptômes généraux qui l'accompagnent. Souvent aussi la roséole syphilitique a une marche chronique bien différente de celle de la roséole simple; mais il est important de faire observer que, dans la roséole syphilitique, la teinte cuivrée est bien moins facilement appréciable au début de l'exanthème, où les plaques sont plus rouges; au contraire, à mesure qu'il s'éloigne de l'époque de l'éruption,

c'est-à-dire, lorsque les plaques de la roséole simple diminuent peu à peu, pour disparaître bientôt tout-à-fait, celles de la roséole syphilitique prennent une teinte plus foncée.

Urticaire. Les plaques de l'urticaire, peu étendues, développées spontanément et accompagnées de démangeaison, simulent assez bien, jusqu'à un certain point, celles de la syphilide exanthématique aiguë : cependant la coloration n'est pas la même : dans l'urticaire elles sont ou plus rouges ou plus blanches que le reste de la peau, mais jamais grisâtres comme dans la syphilide : dans l'urticaire elles sont plus saillantes : la démangeaison est bien plus vive ; enfin, elles cessent brusquement pour reparaître d'une manière spontanée, au bout d'un temps plus ou moins long ; caractères qui ne se retrouvent pas dans l'éruption vénérienne.

La syphilide exanthématique aiguë accompagne presque toujours des symptômes primitifs ; et surtout *la blennorrhagie*, ou au moins elle se manifeste presque immédiatement après sa disparition.

Ephélides. Les éphélides diffèrent des taches syphilitiques par plusieurs points. En général elles sont plus larges, irrégulières ; elles sont répandues sur une plus grande surface : elles occupent plus spécialement le ventre et la partie antérieure de la poitrine. Les taches syphilitiques, ordinairement arrondies, dépassent rarement la largeur d'un écu de trois francs, elles sont le plus souvent peu nombreuses, se rencontrent surtout au visage, et principalement au front et dans les sourcils. Les éphélides sont jaunes, accompagnées de démangeaisons quelquefois assez vives, et recouvertes habituellement d'une exfoliation furfuracée. Les taches vénériennes sont d'un rouge cuivré, quelquefois comme noirâtres ; elles n'occasionent que

très-peu de prurit ; elles ne deviennent que rarement le siége d'une desquammation très-légère. Enfin, elles ne forment jamais en se réunissant, comme les éphélides, des plaques continues, à bords irréguliers, qui recouvrent des surfaces énormes.

Les taches syphilitiques sont presque toujours accompagnées de quelques symptomes d'une infection générale, et souvent elles sont compliquées, surtout d'une iritis.

La *syphilide vésiculeuse* s'est présentée un trop petit nombre de fois à notre observation pour que nous puissions tracer ici ses caractères distinctifs d'une manière bien positive. L'*eczéma* est la seule éruption vésiculeuse sous la forme de laquelle la syphilide se soit encore présentée d'une manière positive à l'observation de M. Biett et à la nôtre. L'auréole cuivrée qui entoure la base des vésicules; leur siége, leur nombre et leur disposition, les progrès lents de l'inflammation, les signes précurseurs, et surtout les symptômes concomitans, sont autant de caractères qui pourront contribuer à éclairer le diagnostic. Parmi le peu d'exemples qui existent, on a trouvé dans presque tous une ulcération des amygdales.

La *syphilide pustuleuse* pourrait surtout être confondue avec l'acné et avec l'ecthyma.

Acné. Les pustules de l'acné, surtout celles qui auraient leur siége au visage, et principalement au front, pourraient quelquefois être prises pour des pustules psydraciées de la syphilide, d'autant mieux que, comme elles, souvent elles ne présentent qu'un très-petit point purulent; mais elles sont plus saillantes dans l'acné, rouges et quelquefois entourées d'une auréole érythémateuse (couperose) très-prononcée, tandis qu'elles offrent une teinte violacée dans la syphilide, et que leur base présente une injection cuivrée. La peau qui les sépare dans l'*acné* est

rouge, animée, luisante, huileuse et parsemée de petits points noirs; elle est terreuse et comme flétrie dans l'éruption vénérienne. Enfin, les pustules psydraciées syphilitiques laissent souvent après elles de petites cicatrices, ce qui n'arrive que très-rarement dans l'acné, si l'on en excepte toutefois l'*acne indurata*, qui d'ailleurs présente des caractères différens. Elles sont rondes, à la suite des pustules syphilitiques, et oblongues, après celles de l'acné.

Ecthyma. Les pustules phlysaciées de la syphilide se rapprochent beaucoup dans certaines circonstances de celles de l'ecthyma; il est quelquefois difficile de les distinguer. Cependant l'auréole qui entoure la base des pustules ecthymoïdes est d'un rouge pourpre, elle est constamment *cuivrée* dans les pustules syphilitiques. Les croûtes de ces dernières sont plus épaisses, plus adhérentes, quelquefois presque noires; elles sont sillonnées circulairement. Les ulcérations qui leur succèdent sont *arrondies*, profondes : leurs bords sont coupés perpendiculairement, etc. Elles sont constamment suivies d'une cicatrice déprimée et indélébile. Enfin, il est très-rare que le malade ne présente pas en même temps quelques symptômes concomitans de la même nature.

Syphilide tuberculeuse. Les éruptions qu'on pourrait surtout prendre pour la syphilide tuberculeuse sont la *lèpre*, quelques variétés de *psoriasis*, l'*acne indurata*, et le *lupus*.

Lèpre. Nous avons vu que des tubercules syphilitiques pouvaient, rangés exactement à côté les uns des autres, et laissant entre eux peu d'intervalles, former des cercles parfaits, et bien capables d'en imposer pour ceux de la lèpre; mais ce n'est plus, comme dans l'affection squammeuse, un cercle continu : ce sont des tubercules isolés,

lisses, saillans, d'une teinte cuivrée ou violacée, recouverts de lamelles minces et dures, toujours plus petites que l'induration au sommet de laquelle elles sont fixées; tandis que celles de la lèpre sont plus larges, qu'elles s'étendent de manière à couvrir ces bords saillans et quelquefois une partie du centre de la plaque, ou même la plaque tout entière.

Psoriasis gyrata. Des tubercules syphilitiques à moitié guéris, et qui ne subsistent encore que dans des débris de cercles dont le reste a complètement disparu, ont été pris souvent pour un *psoriasis gyrata*, ou encore pour la *lèpre* en voie de guérison. Les caractères que nous avons décrits plus haut pour les distinguer de cette dernière maladie sont entièrement applicables ici.

Psoriasis guttata. Il est évident que l'on a pris souvent pour un psoriasis guttata fixé au scrotum certains tubercules syphilitiques que l'on rencontre si souvent dans cette partie, qui n'est, au contraire, que très-rarement le siége de cette affection squammeuse. Cependant il sera toujours facile de distinguer ces tubercules ronds, épais, aplatis (*pustules plates* de M. Cullerier), qui s'ulcèrent à leur sommet et laissent écouler un liquide sanieux, d'une odeur infecte, des élévations comme papuleuses du psoriasis guttata, qui, toujours sèches, se recouvrent de squammes plus ou moins larges, et ne sont jamais le siége d'aucune ulcération.

Acne indurata. Cette variété peut, comme nous l'avons vu, laisser sur le dos, qu'elle occupe le plus ordinairement, des indurations circonscrites, quelquefois assez volumineuses, qui en imposeraient d'autant mieux pour des tubercules syphilitiques, qu'elles sont entremêlées çà et là d'une foule de cicatrices : mais ordinairement ces derniers, lorsqu'ils occupent cette région, sont durs, d'un rouge

cuivreux, arrondis; ils égalent souvent la grosseur d'une petite noisette; ils n'ont pas, comme les indurations circonscrites de l'acné, succédé à des pustules; ordinairement ils deviennent le siége d'ulcérations qui envahissent les surfaces voisines, labourent la peau dans une étendue plus ou moins grande (*ulcères serpigineux*), se couvrent de croûtes épaisses, et qui laissent après elles non pas des petites cicatrices oblongues, comme celles de l'acné, mais des espèces de brides informes, contournées en zigzags ou en spirales.

Lupus. Il est quelquefois difficile de distinguer les tubercules naissans du lupus de ceux de la syphilide. Néanmoins dans le lupus ils sont rougeâtres, mous, peu développés; leur sommet est comme flétri et fendillé; la peau qui les avoisine est le siége d'un léger gonflement comme œdémateux : ceux de la syphilide sont d'une teinte cuivrée, plus saillans, durs, lisses, luisans. Le lupus débute ordinairement sur les joues : c'est le plus souvent au front, au contraire, ou aux ailes du nez, que se manifeste cette syphilide. Enfin le lupus attaque surtout les individus scrofuleux, d'une constitution molle, et on le rencontre le plus ordinairement chez les sujets encore jeunes, tandis que la syphilide tuberculeuse, qui est, dans le plus grand nombre des cas, un symptôme consécutif, attaque ordinairement les individus déjà d'un certain âge; elle est d'ailleurs presque constamment accompagnée d'autres éruptions de la même nature (de papules, de pustules, etc.), et surtout de symptômes d'infection syphilitique constitutionnelle.

Syphilide papuleuse. Les éruptions cutanées avec lesquelles on pourrait surtout confondre la syphilide papuleuse sont la gale et le lichen.

Gale. Dans quelques circonstances, les papules sy-

philitiques sont très-petites, légèrement coniques, et on pourrait d'autant mieux les confondre avec la gale que dans plusieurs descriptions elles ont été présentées comme offrant de petites collections séreuses, transparentes, analogues à celles qui constituent les lésions élémentaires de cette maladie; mais indépendamment des autres caractères qui sont des mieux tranchés, il ne faudra qu'un peu d'attention pour se convaincre que ce sont des boutons pleins, solides, en un mot, des *papules*, ce qui suffira pour les distinguer de la gale, qui est une affection *vésiculeuse*.

Lichen. On distinguera le lichen syphilitique du *lichen simplex* en ce que, dans l'éruption vénérienne, les papules, très-petites, légèrement coniques, innombrables, sont plus foncées, et que dans quelques points leurs auréoles violacées se confondent et donnent à la peau l'apparence d'une large surface cuivrée et chagrinée de petits points légèrement saillans, et d'une teinte plus claire. Dans le lichen simplex, l'éruption est ordinairement bornée à une seule région plus ou moins étendue, et surtout aux membres. Dans la syphilide papuleuse, elle couvre tout le corps, et principalement la face, et l'apparition des papules est presque simultanée.

Il serait superflu, nous le pensons au moins, de rapporter ici les caractères qui distinguent la syphilide papuleuse de la *variole*; car nous ne croirions pas qu'on pût confondre ces deux maladies, si nous n'en avions vu un exemple, comme nous l'avons dit plus haut : mais en admettant que les caractères énoncés ci-dessus ne suffisent pas pour distinguer ces deux maladies à leur début, ce qui n'est pas probable, les progrès ultérieurs de l'éruption ne laisseraient pas long-temps dans le doute et dissiperaient l'erreur.

Enfin quelquefois les papules syphilitiques, plus larges,

aplaties, très-nombreuses, se recouvrent de petites écailles qui cachent les intervalles et impriment à l'éruption l'aspect d'une *syphilide squammeuse*; mais il ne pourrait y avoir du doute qu'à une certaine époque de la maladie; car au début les papules sont très-distinctes, et plus tard elles le redeviennent évidemment quand les squammes sont tombées. Ainsi les antécédens ou les changemens ultérieurs suffiraient pour faire connaître la forme première de l'éruption.

Syphilide squammeuse. La syphilide squammeuse peut prendre, comme nous l'avons dit, plusieurs formes des maladies qui appartiennent à l'ordre des squammes; mais celles avec lesquelles on pourrait la confondre sont la lèpre, et surtout le psoriasis.

Lèpre. La syphilide squammeuse dont les bords sont saillans et le centre déprimé, pourrait d'autant mieux en imposer pour la lèpre qu'elle a été décrite comme une variété de cette dernière affection sous le nom de *lepra nigricans*; mais les plaques sont presque noires, comme l'indique la dénomination qui lui avait été donnée, et ce caractère est plus que suffisant pour le diagnostic.

Psoriasis. Quelquefois la syphilide se présente avec l'apparence d'un *psoriasis*, et surtout du *psoriasis guttata*; mais dans l'éruption vénérienne les plaques offrent une teinte évidemment cuivrée; elles se recouvrent de squammes petites, minces, grisâtres, bien moins épaisses que celles du psoriasis, et ne laissant pas comme elles de profondes gerçures. De plus elles présentent un signe pathognomonique : c'est un petit liseré blanc, autour de la base de chaque plaque, adhérant à cette base.

Telles sont les différentes éruptions desquelles on pourrait éprouver quelque difficulté à distinguer les formes diverses de la syphilide, et nous devons ajouter ici qu'indé-

pendamment de leur caractère, le diagnostic est presque toujours puissamment aidé par quelques symptômes concomitans, des ulcérations à la gorge, par exemple, des douleurs ostéocopes, des exostoses, l'iritis, etc.

Enfin il existe encore deux états qui peuvent correspondre à plusieurs espèces de syphilide, et dans lesquels les éruptions vénériennes pourraient être confondues avec des affections cutanées d'une tout autre nature : ce sont ceux où elles se présentent avec des croûtes plus ou moins épaisses et des ulcérations plus ou moins étendues.

A l'état crustacé. Les incrustations qui succèdent quelquefois aux pustules, mais le plus souvent aux tubercules syphilitiques, pourraient, comme nous l'avons vu quelquefois, en imposer pour les croûtes de l'*impétigo* ; mais dans l'affection impétigineuse elles sont jaunes, faciles à séparer ; elles ne semblent, pour ainsi dire, que déposées à la surface de la peau ; dans la syphilide, elles sont verdâtres et presque noires, quelquefois sillonnées circulairement ; dures, et toujours très-adhérentes elles pénètrent plus ou moins profondément dans l'épaisseur du derme.

A l'état ulcéré. Les ulcérations syphilitiques pourraient quelquefois être confondues avec celles du *lupus*. Cependant les premières présentent une réunion de caractères que n'offrent jamais celles du lupus ; elles sont profondes, excavées : leurs bords sont durs, calleux, taillés à pic, entourés d'une auréole cuivrée. Celles du lupus sont plus superficielles : quelquefois même les surfaces qui succèdent aux croûtes sont comme hypertrophiées ; leurs bords sont mous et violacés ; la peau qui les entoure est ordinairement le siége d'un engorgement mou, chronique, comme œdémateux. Quand ils tendent à envahir les surfaces voisines, les ulcères du lupus ne présentent pas ces contours, ces segmens de cercles, ces spirales qui caractérisent les ulcères syphilitiques dits *serpigineux*.

Mais c'est surtout lorsque ces deux maladies sont fixées à une région peu étendue, au nez, par exemple, et qu'elles détruisent les parties qu'elles ont choisies pour siége, qu'il est souvent plus difficile de les distinguer. Cependant, indépendamment des caractères que nous venons d'énumérer, on se rappellera que dans ces circonstances les ravages partent presque toujours de la peau dans le lupus, qu'au contraire, dans la syphilis, ce sont ordinairement les parties intérieures, et surtout les os, qui sont affectées primitivement; que la peau ne s'ulcère que plus ou moins long-temps après; on remarquera que la destruction fait des progrès beaucoup plus rapides dans les ulcérations syphilitiques, et qu'enfin ces dernières sont presque constamment accompagnées d'autres symptômes vénériens.

Prognostic. Les syphilides ne sont pas extrêmement fâcheuses par elles-mêmes, et l'état du malade ne devient réellement grave que quand il s'y joint les symptômes alarmans d'une infection générale. La forme tuberculeuse et certaines formes pustuleuses sont sans contredit les plus graves; la syphilide squammeuse est ordinairement assez rebelle; quant aux autres variétés, elles sont le plus ordinairement d'une durée moindre. En général, le prognostic est d'autant plus fâcheux que l'époque de l'infection est plus éloignée, que la maladie a récidivé un plus grand nombre de fois, qu'elle est compliquée de symptômes vénériens plus nombreux et plus avancés; enfin, comme nous l'avons dit, les malades peuvent succomber à une réunion de symptômes affreux qui les font périr au milieu de souffrances que rien ne peut plus calmer; alors le pouls devient faible, le visage pâle et décoloré, l'habitude du corps est sale et terreuse; il survient de la diarrhée, des hémorrhagies nasales, des sueurs fétides qui ne tardent pas entraîner la mort.

Traitement. Il est peu de maladies pour lesquelles on ait plus vanté et employé tour à tour de médicamens que pour les symptômes syphilitiques secondaires, et entre autres les syphilides. Nous ne saurions rapporter ici tous ceux qui ont été proposés; nous nous contenterons d'indiquer les plus vantés et ceux dont l'emploi est le plus ordinairement suivi de succès.

Quant à la méthode anti-phlogistique, et aux émolliens que l'on a proclamés dans ces derniers temps, comme devant suffire dans la plupart des cas, nous nous empressons de dire que, d'après un grand nombre de faits, on peut avancer : 1° qu'ils sont souvent utiles, quelquefois même indispensables comme moyens auxiliaires; 2° que quelquefois, mais très-rarement, les éruptions vénériennes ont paru céder à leur influence; 3° que dans la presque totalité des cas ils sont insuffisans, si ce n'est peut-être contre la syphilide exanthématique et papuleuse aiguë, qui ne sont le plus souvent que des éruptions éphémères qui accompagnent les symptômes primitifs, et disparaissent avec eux.

Le traitement des syphilides consiste dans l'emploi des médicamens internes, et dans des applications extérieures.

Les médicamens qui, d'après un assez grand nombre de faits observés à l'hôpital Saint-Louis, ont donné à M. Biett les résultats les plus avantageux sont surtout les suivans :

1°. *Mercure*. Les préparations mercurielles sont encore sans contredit les moyens les plus utiles que la thérapeutique possède pour combattre les syphilides; s'il est des circonstances où elles échouent évidemment, elles réussissent le plus souvent d'une manière admirable, et nous ne serions pas éloignés de croire que dans bien des cas leurs insuccès dépendent en grande partie de la manière

dont elles sont administrées. Ainsi, elles ne devraient jamais être employées dans la période d'acuité des symptômes ; les doses ne sauraient être fixées d'avance d'une manière générale ; elles doivent être relatives à la gravité des accidens, aux forces du sujet, à l'action même du médicament, etc. On peut avoir recours à la *liqueur de Van-Swieten* ou aux pilules de *deuto-chlorure* et d'*opium*. (Deuto-chlorure de mercure, douze grains; extrait aqueux d'opium, un scrupule : pour trente-six pilules ; on en fait prendre au malade une par jour.)

Lorsque les malades sont faibles, irritables, et qu'on craint d'éveiller la susceptibilité des muqueuses des voies digestives, on a recours avec avantage au *mercure soluble* de Hanheman, qui convient surtout dans les syphilides peu invétérées ; on l'administre à la dose d'un grain par jour. (Mercure soluble de Hahneman, un scrupule ; poudre de guimauve, un scrupule : pour vingt-quatre pilules.)

Parmi les préparations de ce genre, une de celles que nous avons vue suivie le plus constamment d'heureux résultats, c'est le sirop de Larrey : on l'administre à la dose d'une once le matin à jeun.

Enfin, depuis quelque temps déjà, M. Biett a obtenu des succès prompts et inespérés du *protoiodure de mercure* en pilules, à la dose d'un quart de grain jusqu'à un grain.

Les préparations mercurielles, administrées sagement et à petites doses, déterminent rarement des accidens ; il est bon toutefois, pendant leur administration, de surveiller l'état des organes digestifs, et s'il survenait quelques symptômes d'irritation gastrique ou abdominale, il faudrait en interrompre l'usage, que l'on pourrait recommencer lorsque les symptômes seraient dissipés. Quant

au temps pendant lequel il faut les continuer, on ne saurait le désigner d'avance; il dépend de leurs effets et de la tenacité des symptômes. Du reste, nous ne pensons pas qu'il faille, comme on l'a recommandé, pour prévenir les récidives, continuer ce traitement un mois et plus après leur disparition.

Sudorifiques. Les sudorifiques ont été souvent fort utiles, employés quelquefois seuls, mais le plus souvent combinés avec d'autres moyens. Dans ce but, on administre la décoction de *gaïac*, ou de *squine*, ou de *salsepareille*, à la dose d'une once pour une pinte et demie d'eau, qu'on fait réduire jusqu'à une pinte; on peut y ajouter un scrupule de *daphné mèzereum* ou *cnidium*, enfin on peut faire prendre en même temps au malade une once de sirop sudorifique dans la première tasse le matin à jeun.

Tisane de Feltz. La tisane de Feltz a quelquefois très-bien réussi, surtout dans les cas où le mercure avait échoué; on en fait prendre au malade deux ou trois verres par jour. Quelquefois au bout de très-peu de temps on observe une amélioration sensible; dans d'autres circonstances, elle reste sans effet.

Muriate d'or. Le muriate d'or a été vanté comme un excellent succédané des préparations mercurielles; mais il est loin d'avoir produit les effets avantageux qu'on lui a attribués; nous l'avons vu échouer dans le plus grand nombre des cas. On fait faire au malade deux fois par jour des frictions sur la langue, avec un dixième de grain pour chaque friction.

Sous-carbonate d'ammoniaque. On a quelquefois obtenu des guérisons très-promptes à l'aide du sous-carbonate d'ammoniaque, selon la méthode du professeur Perylhe, surtout dans les cas où les préparations mercurielles avaient échoué. M. Biett, qui a rappelé dans ses leçons cliniques

l'attention sur ce médicament énergique, en a quelquefois obtenu de très-bons effets ; il l'administre à la dose d'un gros d'abord, dans un véhicule mucilagineux, et progressivement il porte la dose jusqu'à deux ou trois gros.

Les acidules. M. Biett a souvent combattu certaines formes avec avantage, par les acides minéraux : l'acide sulfurique, et avec eux l'acide nitrique, depuis un demi-gros jusqu'à deux gros, dans une pinte d'eau d'orge. Nous avons vu souvent réussir ce traitement, surtout dans les cas simples, dans la *roséole syphilitique*, par exemple ; cependant nous avons vu aussi plusieurs affections invétérées, qui avaient résisté à plusieurs traitemens énergiques, céder à cette médication, et particulièrement certaines formes pustuleuses, ordinairement très-rebelles.

Indépendamment des médications intérieures, il y a certaines formes, certains états des syphilides qui réclament l'emploi d'applications extérieures appropriées.

Ainsi il est quelquefois utile de hâter la résolution des tubercules, et pour parvenir à ce but, on peut se servir avantageusement de plusieurs pommades, soit du *proto-nitrate de mercure*, à la dose d'un scrupule à un demi-gros, soit du *proto-iodure*, ou du *deuto-iodure de mercure*, à la dose le premier d'un scrupule, et le second de douze grains pour une once d'axonge. On fait faire au malade de légères onctions avec le bout du doigt sur les tubercules les plus volumineux.

Mais de toutes les préparations de ce genre la plus utile et celle qui est suivie d'une résolution plus prompte, c'est la pommade avec l'*iodure de soufre*, incorporé dans de l'axonge à la dose de vingt à trente grains sur une once de graisse ; nous avons vu ce moyen, employé par M. Biett, amener des résultats très-avantageux chez un malade dont tout le dos et presque tout le corps était couturé de cicatrices et de gros tubercules.

Quant aux lotions faites avec des solutions mercurielles, plus ou moins concentrées, telles que l'*eau rouge*, avec les solutions de *sulfate de zinc* ou de *sulfate de cuivre*, les lotions alcoolisées, les linimens muriatiques : tous ces moyens sont en général inutiles, et peuvent même n'être pas quelquefois sans inconvéniens.

Enfin, les ulcères syphilitiques réclament quelquefois aussi des moyens particuliers ; c'est ainsi que dans quelques circonstances, il est avantageux de changer l'état des surfaces, ou de borner les ravages, soit par l'application de pommades excitantes, telles que celles qui seraient faites avec le *deutoxide*, le *deuto-iodure* ou le *cyanure de mercure*. Quelquefois il faut les attaquer plus énergiquement, et l'on s'est souvent bien trouvé de cautérisations légères, pratiquées à l'aide du *nitrate acide de mercure*, que l'on applique sur la surface ulcérée, en y promenant la barbe d'une plume préalablement humectée de ce caustique ; enfin, nous avons vu plusieurs fois M. Biett calmer des douleurs très-vives que déterminaient ces ulcérations, en appliquant de petits plumasseaux de charpie enduits de *cérat hydrocyanique*. (Acide hydrocyanique, vingt gouttes ; cérat, deux onces.)

Tels sont les moyens qu'il convient, dans la plupart des cas, d'opposer aux syphilides ; ils peuvent être tous en général puissamment aidés par l'emploi de quelques bains ; ainsi les douches de vapeur dirigées pendant douze ou quinze minutes sur les parties affectées, sont surtout très-avantageuses pour hâter la résolution des tubercules ; les bains alcalins conviennent surtout dans la plupart des cas de pustules syphilitiques. Les bains de vapeur contribuent puissamment à la guérison de la syphilide squammeuse. Enfin, l'emploi des bains, dans quelques circonstances, suffit pour faire disparaître quelques unes de ces éruptions ;

les fumigations cinabrées, par exemple, surtout les fumigations cinabrées partielles administrées avec l'appareil de M. Biett, procurent seules le plus ordinairement la résolution et la disparition complète de ces tubercules qui viennent si fréquemment au scrotum, à la marge de l'anus, et que M. Cullerier a désignées sous le nom de pustules plates.

Quant aux bains de sublimé, sur lesquels on a fait depuis quelques années de nouvelles expériences dont les résultats ne sont pas encore suffisamment connus, nous pensons qu'ils offrent un moyen dont les effets sont environnés de beaucoup d'inexactitude. Le plus souvent ce sel est délayé dans de l'eau chargée de sels alcalins, il y éprouve nécessairement quelques modifications qu'on n'a point encore examinées; la dissolution n'est certainement point complète, et dans ce cas, comment s'assurer de ses effets? Mais en supposant que le *deuto-chlorure* pût être dissout complétement, son action serait encore très-variable, non-seulement sur un grand nombre d'individus, mais même sur un seul malade. Ne sait-on pas combien l'énergie des vaisseaux absorbans offre de différences selon l'état physiologique de la peau! Dans certains cas, ce sel si dangereux pourrait être absorbé à des doses très-considérables, et exercer alors une action funeste sur l'économie. D'autres fois son absorption pourrait être nulle, de manière à ne pas permettre l'introduction d'un seul atome. Il faut encore attendre que des expériences bien faites puissent mettre à même de prononcer sur ce mode de traitement.

Dans quelques circonstances, qui se présentent très-souvent à l'observation, les syphilides résistent à tous les moyens que nous venons d'indiquer, et elles sont compliquées de symptômes alarmans d'une infection gé-

nérale. Dans ces cas, nous avons vu plusieurs fois réussir un moyen qui a été vanté depuis long-temps, et dont l'expérience confirme tous les jours les bons effets; nous voulons parler de l'opium; on l'administre d'abord à la dose d'un demi-grain par jour, puis en augmentant progressivement tous les trois ou quatre jours d'un demi-graiu, on peut le porter (extrait aqueux d'opium) jusqu'à quatre grains et plus; il n'est pas rare, à l'aide de ce précieux médicament, de voir s'amender promptement des symptômes réellement graves, qui avaient résisté à une foule de préparations diverses, et même de voir disparaître entièrement des affections profondes et invétérées.

Enfin quelquefois, lorsque les moyens les plus rationnels ont échoué, et que la maladie semble devoir résister à toute médication, on la voit céder promptement à des préparations empiriques; c'est ainsi que nous avons été témoins de plusieurs succès remarquables obtenus dans les salles de M. Biett par la décoction d'Arnoult, et surtout par celle de Zittmann. On peut voir les détails sur ce dernier mode de traitement dans l'excellent traité de M. Lagneau.

Nous sommes loin de proposer positivement cette médication empirique; mais nous avons *vu*, et *vu* plusieurs fois des succès très-remarquables obtenus par ces décoctions, dans des cas désespérés.... mais qui n'étaient jamais achetés par des accidens.... Aussi sommes-nous peu touché du noble dédain de quelques thérapeutistes qui blâment par inspiration ou par habitude.

Quelquefois, à la suite de l'administration de la décoction de Zittmann, il survient une diarrhée assez abondante qui force de la suspendre ou d'y renoncer; mais, dans la plupart des cas que nous avons pu observer, cette prépa-

ration a pu être supportée par les malades, et elle a été presque sans exception suivie d'un succès inespéré.

C'est à l'aide de ces divers agens qu'il convient le plus souvent de combattre les éruptions vénériennes et leurs symptômes concomitans; quelques uns de ces derniers cependant réclament encore quelquefois certains moyens particuliers.

Pour les ulcérations de la gorge, du voile du palais, etc., il est souvent très-avantageux d'avoir recours à de légères dissolutions de deutochlorure de mercure en gargarismes, en y ajoutant quelques gouttes de laudanum.

Dans l'*iritis*, cette complication si fréquente des syphilides, il faut quelquefois employer les saignées générales, les sangsues appliquées derrière les oreilles; mais un moyen dont les pathologistes anglais ont signalé les bons effets, et que nous avons vu un grand nombre de fois employer avec beaucoup de succès dans ces circonstances, c'est le *calomel* à haute dose, à huit, dix ou douze grains, par exemple.

Quand les syphilides attaquent un enfant non sevré, il faut traiter la mère ou la nourrice, soit en lui administrant la *liqueur de Van-Swieten*, ou mieux encore en lui faisant faire alternativement sur les jambes et les cuisses des frictions avec un mélange d'*onguent napolitain* et *de camphre*. (Onguent napolitain, deux onces; camphre, un demi-gros : pour vingt-quatre paquets.)

Enfin si la mère ou la nourrice elles-mêmes étaient trop faibles pour suivre ce traitement, il faudrait faire prendre à l'enfant le lait d'une chèvre à laquelle on ferait ces frictions.

Nous avons vu M. Biett avoir recours à ces diverses méthodes au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, et en obtenir le succès le plus complet.

PURPURA (1).

On a désigné sous le nom de *purpura* une éruption caractérisée par des plaques tantôt d'un rouge vif, tantôt d'une teinte violacée, d'une étendue bornée quelquefois à une ligne, d'autres fois large de plusieurs pouces, conservant leur couleur sous la pression du doigt la plus forte, répandues le plus ordinairement sur la peau, d'autres fois sur les membranes muqueuses en même temps, et accompagnées le plus souvent, dans ce dernier cas, d'hémorrhagies plus ou moins considérables.

La dénomination de purpura, en usage chez quelques auteurs du dix-septième siècle pour désigner certaines modifications des formes exanthématiques, a été appliquée d'une manière spéciale par Willan aux éruptions dont nous venons d'énumérer les caractères. Les dénominations d'*hemorrhæa petechialis*, d'*ecchymome*, d'*hemacelinose*, etc., proposées par Adair, Franck, M. Pétquin, peuvent être plus exactes et plus harmonieuses à l'oreille; mais nous pensons qu'on doit préférer les noms consacrés par les pathologistes qui se sont occupés d'une manière spéciale de cette matière, et qui par cela même ont acquis une autorité non contestée. Nous n'avons pas cru devoir, à l'exemple du pathologiste anglais, ranger cette éruption parmi les *exanthèmes*; il nous a semblé que si elle s'en rapprochait dans certains cas par quelques prodromes, elle en différait par plusieurs caractères, et notamment par l'absence de la fièvre. Dans les exanthèmes,

(1) Voyez la planche (X.).

les plaques, rouges, nombreuses, répandues sur l'enveveloppe tégumentaire, sont produites par l'inflammation et *l'injection* du système capillaire cutané; dans le purpura, il n'y a pas d'inflammation, ni d'injection des vaisseaux, mais bien *épanchement* sanguin dans les couches superficielles du derme. Nous avons donc cru devoir placer ce genre, qui n'a point d'analogue, dans les maladies indéterminées.

Les plaques rouges qui forment le caractère du genre purpura sont fréquemment désignées par les auteurs sous le nom de *pétéchies*. Elles ont été signalées en général par les pathologistes comme des symptômes graves, qui se manifestent dans les épidémies de fièvre de mauvais caractère. C'est ainsi qu'on les voit souvent mentionnées dans les auteurs qui ont traité de la peste, et que l'on a pu les observer dans les cas de typhus. On les a vues plusieurs fois compliquer des maladies *éruptives*; dans la plupart des circonstances elles sont toujours considérées comme un symptôme fâcheux, et qui se rattache à des désordres profonds de l'économie. La dénomination de *pétéchies* entraînant pour ainsi dire avec elle l'idée d'une lésion grave, nous ne l'employons point ici, croyant devoir borner son acception au cas où ces taches sont symptômatiques d'une maladie plus fâcheuse et générale.

Willan a composé le genre purpura des espèces suivantes : 1° purpura simplex; 2° purpura hemorrhagica; 3° purpura urticans; 4° purpura senilis; 5° purpura contagiosa.

Purpura simplex. Dans cette espèce, désignée par quelques auteurs sous le nom de *petechiæ sine febre*, les plaques sont d'un rouge plus clair, d'une étendue peu considérable. L'éruption se manifeste en quelques heures,

le plus ordinairement pendant la nuit et successivement, de sorte que, peu nombreuses d'abord, les taches augmentent d'une manière notable en peu de jours. Les membres sont les parties le plus ordinairement affectées, particulièrement les cuisses et les jambes; les bras et les épaules le sont plus tard, presque toujours avec moins d'intensité.

Les éruptions s'enchaînent ordinairement entre elles, de manière que lorque les taches pâlissent et s'effacent, on en voit de nouvelles qui paraissent. D'autres fois les éruptions succssives sont séparées par des intervalles plus ou moins considérables, et c'est ainsi que M. Biett a vu chez une infirmière de ses salles, âgée de trente-huit à quarante ans, et d'une constitution athlétique, ces éruptions se succéder depuis plus de deux ans à de courts intervalles sans que la santé générale ait paru souffrir d'une manière notable. Cette femme est seulement sujette à une dysménorrhée qui laisse après elle un état pléthorique remarquable.

La durée du purpura simplex peut varier depuis trois à quatre septénaires jusqu'à dix-huit mois ou deux ans; celle des plaques est d'environ six à huit jours, quelquefois de deux septénaires.

Le plus ordinairement le purpura simplex est précédé d'un peu de malaise, d'anorexie, de léger embarras de la tête, de lassitude; mais sans trouble appréciable des fonctions circulatoires. Chez d'autres individus, l'éruption n'est précédée d'aucuns symptômes notables.

Les taches sont, dans les premiers jours, d'un rouge vif; surtout chez les jeunes sujets; elles sont plus foncées chez les vieillards, elles sont irrégulièrement arrondies, discrètes. Après quelques jours, elles prennent une teinte plus foncée, livide, puis jaunâtre, et disparaissent peu à peu.

Causes. Le purpura simplex peut avoir lieu dans tous les âges. Il se montre plus fréquemment dans l'adolescence et la jeunesse, rarement dans l'âge mûr, quelquefois dans la vieillesse. Il existe dans des conditions souvent opposées. Tantôt il a lieu chez des individus vigoureux, sanguins, chez lesquels le cœur a une grande énergie, et dont tous les tissus sont d'une fermeté remarquable ; d'autres fois il se manifeste chez des individus faibles, débilités par une foule de causes énervantes. En général, les peaux blanches, douces, halitueuses, y sont plus sujettes que les peaux brunes, sèches et bilieuses.

Relativement aux saisons, le purpura simplex se montre plus fréquemment en été, dans les jours secs, qu'en hiver ou en automne ; nous avons vu quelquefois, pendant les chaleurs des mois de juillet et d'août, un certain nombre d'individus, atteints de cette maladie avec plus ou moins d'intensité, se présenter au dispensaire de l'*hôpital Saint-Louis*.

Le régime et les affections de l'âme doivent également influer sur son développement ; mais il est difficile d'apprécier l'action que ces causes peuvent exercer.

Diagnostic. Pour peu qu'on examine avec attention les plaques du purpura simplex, on ne pourra les confondre avec celles des autres espèces du genre, ni surtout avec les formes variées des exanthèmes. Le caractère fondamental qu'on rencontre toujours est la persistance de la couleur sous la pression la plus forte ; caractère qui n'existe jamais dans les exanthèmes simples, et qui ne peut se montrer que dans les cas de complication que nous avons signalés ailleurs ; il est donc inutile de s'arrêter à examiner les différences tranchées que ces espèces peuvent offrir pour les distinguer du purpura. Faut-il rappeler qu'il est quelquefois possible de confondre les taches rou-

ges foncées du purpura simplex, avec les piqûres d'insectes, surtout avec celles des puces? Mais dans ces dernières il sera toujours facile de distinguer un point central plus foncé, qui est le point de la piqûre ; le reste de la tache est plus clair.

Prognostic. Le purpura simplex ne peut jamais être considéré comme une maladie grave, même quand il existe chez des individus faibles et épuisés; presque toujours il cède à des conditions hygiéniques meilleures, et à quelques moyens appropriés aux médications.

Traitement. On conçoit que le traitement d'une maladie qui peut se présenter dans des circonstances si opposées doit offrir aussi des modifications nombreuses.

L'éruption se montre-t-elle sur un individu vigoureux, jeune, sanguin ; a-t-elle eu lieu après un exercice forcé, ou l'abus des stimulans ; les émissions sanguines sont les meilleurs moyens à lui opposer, surtout en les secondant par l'emploi de quelques bains frais, du repos, d'un régime sévère.

A-t-elle lieu au contraire chez des individus faibles, mous, dont les tissus sont relâchés, ou qui ont été énervés par des excès, par des privations, ou par le séjour dans des lieux bas et humides, les émissions sanguines, loin d'être avantageuses, ajouteraient encore à la débilité générale ; c'est dans ces cas qu'il est utile d'avoir recours à un régime tonique, à l'usage des vins généreux, aux amers, aux ferrugineux, aux frictions stimulantes, aux fumigations alcooliques dans l'appareil de Darcet, en ayant soin de ne pas porter la température au delà de 40 à 44 degrés Réaumur. M. Biet a surtout fait usage de ce moyen avec avantage dans plusieurs cas de ce genre.

Purpura hemorrhagica. (*Morbus maculosus hemorrhagicus de Werlhof.*) Cette espèce est caractérisée par des

taches plus nombreuses, plus foncées, parmi lesquelles se trouvent de larges plaques irrégulières, livides, et quelques autres qui ont l'aspect de contusions récentes.

Elles se montrent d'abord sur les extrémites inférieures, puis sur les bras et le tronc ; les mains en sont plus rarement le siége, ainsi que le visage ; cependant nous avons vu plusieurs fois cette partie se couvrir de petites taches autour des paupières. Les points de l'enveloppe tégumentaire sur lesquels elles apparaissent ne sont pas élevés. Cependant, comme l'a observé Bateman, auquel on doit une excellente description de cette maladie, il arrive quelquefois que l'épiderme forme des espèces d'ampoule ou bulles qui renferment une certaine quantité de sang liquide. M. Biett a vu un cas de ce genre à l'hôpital Saint-Louis, et l'on en trouve d'autres exemples dans la collection de Reil et dans les rapports de Willan. Des taches de même nature se manifestent sur une étendue plus ou moins considérable du système muqueux, plus fréquemment sur la membrane muqueuse gastro-pulmonaire ; ces membranes plus fines, plus ténues, se déchirent le plus ordinairement, et il en résulte des hémorrhagies plus ou moins considérables par la bouche, les narines, l'urètre, le rectum et le vagin.

Ces hémorrhagies peuvent être excessives et devenir promptement fatales ; mais le plus ordinairement elles sont peu copieuses, reviennent à plusieurs reprises, et s'arrêtent spontanément. Quelquefois elles sont périodiques, et dans quelques cas elles surviennent à des intervalles irréguliers. Enfin l'écoulement peut être presque continuel et peu abondant. Ces hémorrhagies sont ordinairement fournies par de larges ecchymoses qui sont répandues sur les gencives, à la paroi interne des joues, sur la langue, et même dans les bronches,

dans l'estomac, les intestins, l'utérus et la vessie. Du reste, ces épanchemens peuvent avoir lieu dans d'autres systèmes. Nous avons vu un exemple où le sang était accumulé sous l'arachnoïde.

Le purpura hemorrhagica est souvent précédé de lassitudes dans les membres, de douleurs vagues, d'un certain malaise général avec inaptitude aux exercices du corps; d'autres fois on le voit se développer sans aucun symptôme précurseur et sans aucune transition apparente de la santé à la maladie. Dans un cas dont M. Biett rapporte l'histoire dans ses leçons, un jeune homme vigoureux s'était couché bien portant après son travail accoutumé, et le lendemain sa peau était couverte d'ecchymoses, le sang s'échappait en abondance par les narines et par la bouche. En général, le purpura hemorrhagica est toujours accompagné d'un état d'abattement, de dépression des forces, de tristesse; tantôt le pouls est faible, facile à déprimer, tantôt il est plein et résistant. Dans quelques cas, il s'est accompagné de légers symptômes fébriles, avec des exacerbations. Chez quelques malades, l'apparition des taches est précédée d'anxiété précordiale, de douleurs dans les lombes ou du ventre; chez d'autres, elle est annoncée par une toux sèche et fréquente. L'état des organes digestifs présente aussi des variations nombreuses: quelques malades éprouvent un gonflement des hypocondres, de la tension à l'épigastre, et alternativement de la constipation ou du dévoiement. Toutefois, dans un grand nombre de cas, les fonctions digestives restent dans l'état normal. Si les symptômes s'aggravent ou se prolongent, les malades tombent dans l'émaciation, et la peau présente un aspect de bouffissure, particulièrement aux membres inférieurs et au visage, lorsque la position horizontale est constante.

Il en est de la durée du purpura hemorrhagica comme de celle du *purpura simplex* : c'est-à-dire qu'elle présente une variation notable. Quelquefois la maladie se termine en peu de jours ; d'autres fois elle peut se prolonger plusieurs mois, et même selon Bateman plusieurs années.

Lorsque la maladie se termine d'une manière fâcheuse, c'est presque toujours par une hémorrhagie considérable, qui a lieu dans un organe important, et qui se déclare en même temps par plusieurs points à la fois. Ainsi, on voit des malades atteints de purpura succomber soudainement à la suite d'une hémoptysie considérable ; chez d'autres, c'est l'émathémèse ou l'hémorragie intestinale qui survient avec une effrayante intensité ; dans quelques cas, plus rares, ce sont des pertes utérines qui se manifestent quelquefois à la suite des couches, ou à l'époque critique. Dans un cas dont M. Gustave Monod a publié l'histoire, la mort fut occasionée par un épanchement qui avait son siége au dessus de la glotte, et était placé de manière à intercepter la respiration.

Causes. Les causes du purpura hemorrhagica sont environnées, comme celles de tant de maladies, d'une grande obscurité. On le voit se manifester dans des circonstances très-différentes et souvent opposées. C'est ainsi qu'il peut survenir chez des hommes qui vivent à l'air libre, qui jouissent de tous les avantages de l'aisance, c'est-à-dire de la propreté, d'un bon régime et d'un calme habituel, presque aussi fréquemment que chez ceux qui se nourrissent d'alimens malsains, où sont tantôt exposés à des privations, tantôt livrés à des écarts de régime, et souvent en proie aux affections morales, profondes et débilitantes.

Dans quelques cas on a vu cette maladie succéder à une

autre, particulièrement à des éruptions exanthématiques; d'autres fois, le purpura hemorrhagica a paru à la suite des couches. Cette diversité de circonstances si opposées dans l'étiologie du purpura, comme le remarque judicieusement Bateman, jette une sorte d'obscurité sur la nature propre de cette affection.

En général, le purpura hemorrhagica paraît se manifester plus fréquemment chez les femmes, et chez les enfans avant l'époque de la puberté. A l'hôpital Saint-Louis, les faits observés par M. Biett offrent une sorte de moyenne proportionnelle entre les femmes et les hommes. Quelques personnes paraissent avoir une prédisposition marquée pour cette affection : tel est le cas de ce jeune homme dont parle Bateman, et chez lequel une fort légère pression de la peau déterminait aussitôt des ecchymoses, sans que sa santé en parût aucunement altérée. Il succomba subitement à une hémorrhagie pulmonaire.

On a attribué la cause prochaine, immédiate de la maladie, à un défaut de ton des extrémités vasculaires, qui laissent échapper le sang à la surface cutanée, et sur celle du système muqueux. On conçoit cette faiblesse du système vasculaire chez les individus qui ont vécu au milieu de causes débilitantes; mais il est difficile, sinon impossible, d'expliquer comment elle peut survenir en quelques heures chez les individus forts et vigoureux, et jouissant auparavant d'une santé complète. En outre on doit reconnaître que, que si ce défaut de résistance des solides existe, il y a en même temps dans le plus grand nombre de cas, une altération particulière du sang qui favorise son passage à travers les mailles relâchées des extrémités vasculaires. Chez plusieurs individus, dont l'autopsie a été faite avec soin à l'hôpital Saint-Louis, on a trouvé que le sang avait une fluidité remarquable, même dans les tissus où il était épanché en certaine quantité.

Quelques pathologistes anglais ont pensé que les taches pourprées devraient être nécessairement précédées par une congestion dans le système veineux : cette opinion, il faut le dire, offre quelque probabilité. M. Biett a vu chez un plâtrier piémontais, chez lequel le pourpre hémorrhagique s'était déclaré soudainement, la langue offrir un volume de plus du double de celui qui lui est ordinaire, et il a observé une couleur bleue foncée qui dépendait évidemment de la stase du sang veineux. Les lèvres présentaient la même coloration, ainsi que quelques points du visage.

Nécropsie. Sur les cadavres des personnes mortes du pourpre hémorrhagique, on voit que les taches purpurines et les ecchymoses sont formées par des épanchemens de sang dans le tissu cutané et sous-cutané ; les unes sont superficielles, et semblent n'occuper que la surface ; d'autres sont situées plus profondément. Le sang s'enlève facilement à l'aide de lotions ; nous n'avons pas pu dans ce cas trouver de ramifications vasculaires voisines de ces épanchemens, et des recherches faites par M. Fourneaux ont eu le même résultat. Les membranes muqueuses de la bouche et du pharynx offrent quelquefois des taches purpurines. Celle de l'estomac et des intestins en est souvent parsemée. On rencontre moins souvent de semblables plaques sur le péritoine et sur les plèvres ; elles sont toujours moins nombreuses ; on en trouve jusque sous le péricarde, sur la surface du cœur et des ventricules ; quelquefois il y a en même temps anévrysme.

Les poumons sont quelquefois sains, mais ordinairement on y trouve des épanchemens sanguins plus ou moins étendus, qui constituent de véritables apoplexies pulmonaires. Enfin, dans quelques cas, on trouve des épanchemens partiels, plus ou moins abondans, dans les muscles, au milieu des viscères, dans le tissu sous-sé-

reux, etc. Enfin, on peut voir à la fois sur le même cadavre presque tous les organes être le siége de pareils épanchemens sanguins. Dans l'exemple rapporté par M. Monod, dont nous avons déjà parlé, et que nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, le cerveau, les poumons, le foie, les reins, la rate, en un mot presque tous les organes tant parenchymateux que membraneux, offraient des amas plus ou moins considérables de sang épanché. Ces exemples sont rares; une observation à peu près analogue, mais encore plus remarquable peut-être, par le nombre des épanchemens intérieurs, a été publiée par M. Robert.

Diagnostic. Il existe certains cas d'ecthyma syphilitique aux membres inférieurs, dans lesquels les pustules très-rapprochées laissent après elles de larges plaques d'un rouge pourpré, et quelquefois même de petites taches qui simulent, à s'y méprendre au premier coup d'œil, les taches pourprées et les larges ecchymoses qui peuvent les accompagner : la préexistence des pustules et la marche de la maladie dissiperaient toute espèce de doute.

Quant aux ecchymoses par violence extérieure, il n'y a que le fait de cette violence qui puisse les distinguer des ecchymoses spontanées. Dans ces deux cas, d'ailleurs, l'absence des hémorrhagies est un caractère bien tranché.

Le pourpre hémorrhagique, caractérisé par la présence de taches purpurines et d'ecchymoses avec des hémorrhagies plus ou moins abondantes à la surface des muqueuses, ne pourra être confondu avec aucune autre maladie. Dans les épistaxis, les hémoptysies, etc., simples, il n'y a pas de taches à la peau.

Toutefois on a pu méconnaître cette maladie, dans des cas même où les symptômes qui la caractérisent étaient évidens. Chez une jeune personne de douze ans, pour laquelle M. Biett fut appelé dans une pension, on avait

considéré le *purpura hemorrhagica*, survenu promptement et sans cause appréciable, comme une maladie gangréneuse, qui devait avoir immédiatement une issue funeste. Cependant la peau était couverte de taches et d'ecchymoses, et les hémorrhagies étaient fréquentes. Cette jeune fille se rétablit en peu de semaines, sous l'influence des moyens qui furent indiqués par M. Biett. Le chirurgien qui avait commis l'erreur a publié depuis cette observation, en s'attribuant tout l'honneur d'un diagnostic qu'il n'avait pas seulement soupçonné, et d'une guérison à laquelle il n'avait eu aucune part.

Le scorbut, avec apparition d'ecchymoses spontanées et d'hémorrhagies, et le purpura hemorrhagica ne paraissent être qu'une seule et même maladie. Les différences établies par les auteurs entre ces deux affections consistent : 1° en ce que le scorbut ne se développe que sous l'influence d'un régime débilitant, de fatigues, de veilles, de l'exposition au froid et à l'humidité, d'affections *morales débilitantes*, tandis que le pourpre peut se manifester chez des individus qui sont étrangers à toutes ces causes; 2° en ce que le scorbut cède à l'emploi des toniques et des végétaux frais, tandis que le pourpre hémorrhagique résiste souvent à ces moyens. Mais en avançant que le scorbut et le pourpre hémorrhagique sont deux maladies distinctes, il faudrait baser son opinion sur des différences plus tranchées que celles que nous venons de citer. En effet, les causes auxquelles on attribue le scorbut sont les mêmes sous l'influence desquelles se développe souvent le pourpre; et si le traitement tonique ne réussit pas toujours dans cette dernière maladie, il s'en faut que son emploi soit constamment suivi de succès dans le scorbut. Mais tout en admettant l'identité complète entre beaucoup de cas de pourpre hémorrhagique et de scorbut, il est sans doute très-

difficile d'expliquer pourquoi ce dernier peut se manifester chez des personnes aisées et placées dans des conditions absolument opposées à celles au milieu desquelles se développe le scorbut. Peut-être chez ces individus une nourriture trop succulente et le défaut d'exercice produisent-ils dans la circulation et dans les autres fonctions un trouble à peu près analogue à celui qui résulte des causes directement débilitantes; ou bien il faut rapporter ces cas à une idiosyncrasie particulière. D'ailleurs, en assimilant le pourpre hémorrhagique au scorbut, nous n'entendons par ce dernier que les affections scorbutiques accompagnées d'ecchymoses et d'hémorrhagies spontanées; car, comme le fait observer avec beaucoup de justesse dans sa thèse notre ancien collègue, M. le docteur Fourneaux, de Caen, le nom de scorbut a été donné à des maladies tout-à-fait différentes, et la phrase suivante de Willis en est une preuve évidente.

« *Si accidens quoddam inusitatum nec prius auditum in* » *corpore humano eveniat, cum ad alud certum morbi* » *genus referri nequit, sine dubio statim, illiud scorbu-* » *ticum pronuntiamus.* » (Willis, de scorbuto, cap. 1, p. 14.)

Le diagnostic des affections concomitantes offre souvent beaucoup de difficultés, et demande une grande attention. Les douleurs épigastriques et abdominales, les nausées, pourraient très-souvent faire croire à l'existence d'une inflammation gastro-intestinale, si la lenteur du pouls, le défaut de chaleur à la peau, n'indiquaient que c'est plutôt à la congestion qu'à une inflammation qu'il faut rapporter ces symptômes.

Prognostic. Le prognostic du pourpre hémorrhagique doit toujours être établi avec beaucoup de réserve; car souvent cette affection, en apparence peu fâcheuse au dé-

but, peut devenir promptement très-intense, ou même mortelle. Il n'existe cependant rien qui puisse permettre au médecin de prononcer que telle ou telle terminaison aura lieu. Du reste, l'âge, la constitution du malade, la durée de la maladie, la fréquence des hémorrhagies rendent le prognostic plus ou moins grave; il en est de même des affections concomitantes.

La quantité de sang que perd le malade doit surtout fixer l'attention. Du reste, le pourpre hémorrhagique est le plus ordinairement une maladie fâcheuse, et souvent mortelle.

Traitement. Le traitement du pourpre hémorrhagique est environné des plus grandes difficultés, et on a proposé tour à tour des médications tout-à-fait opposées.

La faiblesse générale dont il s'est accompagné, sa nature asthénique, ont paru indiquer exclusivement l'emploi des *toniques* actifs, d'une diète succulente, d'un vin généreux, et de tous les moyens capables de restaurer et de corroborer la constitution; mais dans beaucoup de cas, leur usage, loin de produire l'amélioration désirée, a paru au contraire augmenter le mal. Cette médication, employée avec réserve, et conjointement avec les moyens hygiéniques convenables, n'a paru utile que dans le cas où la maladie s'était développée chez des enfans, ou chez des personnes âgées, et chez des individus affaiblis par une mauvaise nourriture, par des fatigues, etc. Les toniques qui pourraient être employés sont la décoction de quinquina, l'extrait de ratanhia (à la dose d'un scrupule à un gros par jour), le vin généreux, les acides minéraux, une nourriture succulente, en proportion avec les habitudes et l'âge du malade. Lorsqu'au contraire la maladie s'est développée chez des adultes, chez des jeunes gens non affaiblis, dont les habitudes ne sont pas sédentaires, qui

se nourrissent bien, qui habitent des endroits bien aérés, ce traitement n'a aucun succès. Son emploi doit être rejeté encore mieux pour les personnes robustes et pléthoriques. Enfin quel que soit l'état du malade, son âge, sa constitution; l'existence de certains symptômes, tels que des douleurs épigastriques, plus ou moins vives, avec tension de cette région et de l'abdomen, la constipation, le choléra, des douleurs précordiales, la dureté du pouls avec ou sans accélération, contre-indiquent également l'emploi des *toniques*. Ce n'est pas seulement d'après la théorie et le raisonnement que plusieurs auteurs, et entre autres Bateman, Harty, Duncan, Buxton, etc. ont basé leur opinion sur l'inutilité, et même le danger des toniques; mais sur des faits positifs, et par conséquent elle mérite toute notre attention; d'ailleurs elle n'est point en opposition avec les idées généralement reçues à l'époque actuelle. Les observations de M. Biett sont tout-à-fait conformes à cette opinion.

En est-il de même de celle qui consiste à regarder les *purgatifs* comme les moyens dont l'emploi est suivi le plus souvent d'effets avantageux? D'après les mêmes pathologistes, les douleurs épigastriques et celles que l'on ressent dans les hypochondres, ou dans toute autre région de l'abdomen, avec ou sans tension de ces parties, les dérangemens observés dans les fonctions digestives, résultent, non pas d'une inflammation, mais d'une congestion établie sur ces points, et l'absence complète de fièvre paraît un argument sans réplique en faveur de cette opinion. On peut y ajouter les succès nombreux qu'ils paraissent avoir obtenus de ce mode de traitement.

Les autopsies cadavériques ne démentent point cette manière de voir. On trouve, en effet, dans les intestins des traces évidentes de congestion, d'épanchement, mais pas

d'inflammation. Les purgatifs qui ont été le plus préconisés sont le jalap, l'huile de ricin, le calomel, l'huile de térébenthine, à des doses fortement purgatives.

La *saignée* est un moyen qui a été souvent employé dans le traitement du pourpre hémorrhagique, et son usage paraît, en effet, souvent indiqué, sinon par l'existence d'une phlegmasie des viscères, au moins à cause d'une congestion évidente; et de plus son emploi diminue promptement la gêne de la respiration. Néanmoins on peut avancer, d'après des faits très-positifs, que des émissions sanguines, tant locales que générales, ne doivent être employées qu'avec beaucoup de précaution dans le traitement de cette maladie, tant à cause de l'augmentation de la faiblesse générale qu'elles déterminent, que des hémorrhagies très-difficiles à arrêter, qui suivent leur emploi. Les seuls cas où elles pourraient être mises en usage sont ceux où le pourpre se développerait chez des adultes forts et robustes, lorsqu'il existe des symptômes évidens d'inflammation, tels que de vives douleurs locales, de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau, etc., et lorsque les hémorrhagies tant cutanées que muqueuses sont peu abondantes.

M. Biett a eu plusieurs fois dans ses salles des malades atteins du pourpre hémorrhagique, et depuis long-temps le traitement qui lui a le mieux réussi, et qui même a été quelquefois couronné d'un plein succès dans des cas graves, consiste dans les boissons acidulées et les laxatifs; dans quelques cas, il a employé avec avantage l'extrait de ratanhia uni à la glace. Ce dernier moyen a été également préconisé par un habile médecin de Lyon, M. le docteur Brachet, auquel on doit un excellent mémoire sur le *morbus maculosus*.

Les hémorrhagies qui se font par les diverses voies mu-

turelles réclament l'emploi de lotions et d'injections d'eau à la glace, acidulées et rendues styptiques, et plus tard le tamponnement, si elles continuent. C'est surtout dans ces circonstances qu'il devra être fait avec le plus grand soin, car le sang n'offre pas cette tendance à se coaguler et à former des masses fibrineuses, que l'on observe dans les cas ordinaires. Les ablutions d'eau froide sur tout le corps ont paru quelquefois très-utiles, et peut-être des bains de pluie froids ne seraient-ils pas moins avantageux.

Sur les taches purpurines et les ecchymoses on peut appliquer avec avantage des compresses imbibées d'oxycrat froid, ou de chlorure de chaux, ou bien d'eau alcoolique.

Quant aux douleurs qui existent dans différentes parties du corps, on les combattra par des potions opiacées, des lotions émollientes, des cataplasmes ou bien des vessies de lait chaud. S'il y avait de l'inflammation là où existent des ecchymoses, on aurait recours à des applications adoucissantes.

Les moyens hygiéniques consistent à respirer un bon air, à habiter un endroit frais et sec, à suivre un régime doux, composé de gelées animales, d'un peu de viandes blanches rôties, de bon vin étendu d'eau, et bu à la glace.

Enfin, c'est surtout dans la convalescence qu'on peut alors avoir recours à l'emploi de quelques toniques, à quelques boissons ferrugineuses, par exemple.

Quant aux autres espèces admises par Willan, l'une, le *purpura urticans*, est fondée sur ce que, dans quelques circonstances, les taches arrondies, au lieu de rester au niveau de la peau, se tuméfient lentement; mais cette légère tuméfaction disparaît dans l'espace d'un ou deux jours, et

les surfaces redeviennent unies, en même temps que la couleur rouge violacée se prononce davantage. Ce n'est pour ainsi dire qu'un accident, qui n'empêche pas que cette variété ne se rapporte entièrement à l'histoire du *purpura simplex*, et à celle du *purpura hemorrhagica*. L'autre, le *purpura senilis*, ne présente rien de particulier que d'avoir été observée chez des individus avancés en âge, et ses symptômes, sa marche, les moyens qu'elle réclame ont été indiqués souvent dans les descriptions que nous avons données plus haut.

La troisième, le *purpura contagiosa*, n'est autre chose à ce qu'il paraît, que l'éruption pétéchiale qui accompagne quelquefois les fièvres typhoïdes, et sur laquelle nous avons déjà dit que nous ne pensions pas qu'il fût nécessaire de nous arrêter.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

(Lèpre tuberculeuse éléphantine; jambes des Barbades.)

Comme nous avons déjà eu occasion de le dire, on a appelé éléphantiasis deux maladies tout-à-fait différentes, et entre lesquelles la ressemblance des noms seule a pu jeter quelque confusion. L'une, comme nous l'avons vu, l'*éléphantiasis des Grecs*, est caractérisée par des tubercules plus ou moins saillans, plus ou moins volumineux, accompagnés d'une teinte fauve, de la chute des poils, de la diminution de la sensibilité, etc.; l'autre, qui a été décrite plus tard par les Arabes, et dont nous allons nous occuper ici, présente des caractères différens; et est constituée par un gonflement dur, plus ou moins étendu du

tissu cellulaire sous-cutané, avec une déformation plus ou moins considérable des parties qui en sont le siége.

L'éléphantiasis des Arabes, indiqué depuis long-temps par Rhazès, et décrit plus exactement dans le dix-huitième siècle par Town, Hillary et Hendy, sous le nom de *maladie glandulaire des Barbades*, se trouve présenté avec les détails les plus intéressans dans une excellente monographie publiée sur ce sujet en 1806, par M. Alard, qui a groupé une foule de maladies éparses et connues sous des noms différens, qu'il regarde comme ayant une analogie complète avec cette affection; telles sont, par exemple, l'hydrocèle et le pédartrocace de Kœmpfer, le senky ou colique du Japon, les hernies charnues de Prosper Alpin, le sarcocèle d'Egypte de Larrey, la fièvre érysipélateuse de Sennert et d'Hoffman. Comme cette maladie n'est pas très-commune, qu'elle ne s'est offerte qu'un petit nombre de fois à notre observation, et qu'enfin l'ouvrage de M. Alard en présente l'histoire la plus complète, nous avons dû le consulter pour plusieurs points de la description.

L'éléphantiasis des Arabes est caractérisé par une tuméfaction de la peau, du tissu cellulaire et du tissu adipeux sous-jacent, plus ou moins considérable, dure, permanente, accompagnée d'une déformation des parties qui en sont le siége, quelquefois telle qu'elle justifie très-bien le nom qu'on lui a donné (éléphantiasis).

Cette maladie peut se manifester sur toutes les parties du corps; on l'a rencontrée à la face, au col, à poitrine, aux parois de l'abdomen, au scrotum, au pénis, à la marge de l'anus, aux grandes lèvres chez la femme; mais c'est sur les membres qu'elle se développe le plus fréquemment. Elle attaque surtout les membres inférieurs, et principalement les jambes; elle leur donne une forme quelquefois si bizarre et un volume si disproportionné, qu'elle les

rend tout-à-fait méconnaissables. Il est rare que l'éléphantiasis attaque les deux jambes à la fois ; il se fixe le plus souvent sur un seul côté.

L'éléphantiasis des Arabes est ordinairement d'une très-longue durée ; souvent même il persiste à l'infini. Quelquefois il disparaît pour se manifester de nouveau quelque temps après dans les mêmes parties qui en étaient primitivement affectées ; d'autres fois, après avoir entièrement quitté une région, il se porte sur une autre. Du reste, quoique développé avec une certaine activité dans son début, il suit une marche tout-à-fait chronique, et en supposant la terminaison la plus heureuse, il persiste toujours plusieurs mois.

Symptômes. On a décrit sous le nom d'éléphantiasis des Arabes plusieurs maladies que M. Alard ne considère pas comme telles, ou au moins dans lesquelles le début n'est pas toujours caractérisé par des symptômes inflammatoires aigus des vaisseaux lymphatiques, et dont les phénomènes, cependant tout-à-fait analogues, sont constitués par une tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané, endurci, comme hypertrophié à la suite d'inflammation chronique, ou par toute autre cause à laquelle, d'ailleurs, le système lymphatique ne reste probablement pas étranger; tel était le cas de deux malades que nous avons eu occasion d'observer dans les salles de M. Biett, et qui étaient atteints l'un et l'autre d'un gonflement des jambes qui présentait tous les caractères de l'éléphantiasis. Chez l'un, jeune encore, le tissu cellulaire sous-cutané était devenu le siége d'une inflammation chronique avec gonflement et dureté du membre ; chez l'autre, homme fait, marinier de profession, habitué à avoir constamment les jambes dans l'eau, on avait observé à la suite de la cicatrisation d'un ulcère variqueux, l'hypertrophie et l'endurcissement de la peau et du

tissu cellulaire sous-jacent, qui s'étaient propagés de telle sorte que la jambe et presque toute la cuisse, doublées de volume, étaient dures, tendues, luisantes, peu ou point douloureuses. Dans le dernier exemple, la maladie s'était bien accompagnée d'un engorgement des glandes de l'aine; mais il était tout-à-fait consécutif, et le système lymphatique n'avait présenté aucun symptôme d'inflammation aiguë dans le début de la maladie. Tel est aussi l'exemple observé par M. le docteur Bouillaud, chez une femme dont les membres inférieurs s'étaient engorgés, pour ainsi dire, à la suite de l'oblitération des veines crurales et de la veine cave elle-même, de manière à devenir extrêmement durs, très-tuméfiés et à peu près semblables aux jambes d'un éléphant (1).

Enfin nous avons entre autres un cas bien remarquable, que M. Biett a signalé dans ses leçons, et dans lequel l'éléphantiasis a évidemment succédé à une maladie de la peau (à l'eczéma).

Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, l'éléphantiasis des Arabes présente les symptômes qui ont été si bien décrits par M. Alard, et peut-être même l'éléphantiasis consiste-t-il uniquement dans ce genre d'affection.

Ordinairement ne s'annonçant par aucun symptôme précurseur, cette affection se manifeste d'une manière brusque et inattendue; le malade éprouve une douleur vive et profonde qui, s'étendant plus ou moins, suit le trajet connu des vaisseaux lymphatiques; bientôt on peut sentir une espèce de corde dure, tendue, interrompue çà et là par des espèces de nodosités. Cette corde, souvent très-douloureuse au toucher, va se rendre à des glandes volumineuses et engorgées, soit aux aisselles, soit à l'aine, etc. Quand la maladie, comme cela arrive le plus ordinaire-

(1) *Archives générales de médecine*, tome VI, page 567.

ment, attaque les membres, la partie affectée devient le siége d'une inflammation érysipélateuse, le tissu cellulaire lui-même s'enflamme, et il s'établit une tuméfaction plus ou moins considérable. Ces symptômes sont accompagnés de phénomènes généraux : il survient de la fièvre, beaucoup de soif, des nausées, des vomissemens qui accompagnent un frisson prolongé auquel succède une chaleur intense, et souvent même des sueurs des plus copieuses; quelquefois le cerveau est affecté sympathiquement, et le malade a du délire. Tous ces phénomènes, tant locaux que généraux, si l'on en excepte toutefois une légère tuméfaction qui persiste, cessent entièrement, pour revenir à des intervalles plus ou moins éloignés. A la fin de chaque accès, la rougeur ésysipélateuse qui suivait le trajet des vaisseaux lymphatiques disparaît; mais chaque fois le gonflement augmente, et persiste même après que les autres symptômes ont cessé; de sorte qu'au bout d'un temps plus ou moins long, de quelques mois, par exemple, les régions affectées présentent un engorgement assez mou d'abord, et qui finit par s'endurcir au point de résister à l'impression du doigt. La maladie fait ainsi des progrès pendant quelque temps; plus tard, elle s'arrête, et peut rester stationnaire pendant plusieurs années; c'est alors qu'elle se manifeste avec tous les caractères qui la constituent, et qu'elle imprime aux parties où elle est fixée des déformations quelquefois monstrueuses. Tantôt c'est une tuméfaction uniforme du bras et de la jambe, qui non-seulement a fait disparaître toutes les saillies du membre, mais encore recouvre en partie la main ou le pied, sur lesquels elle retombe, et qui semblent comme atrophiés, comparativement; tantôt la tumeur est pour ainsi dire par étages, et des gonflemens tout-à-fait inégaux et informes, séparés entre eux par des sillons plus ou moins profonds, impriment au membre un aspect quelquefois vraiment

hideux, et le rendent tout-à-fait méconnaissable. Dans quelques cas la maladie tend évidemment à envahir des surfaces nouvelles, et développée le plus ordinairement à l'avant-bras ou à la jambe, elle gagne de proche en proche de manière à occuper toute la cuisse ou le bras. Le tissu cellulaire continuant à s'altérer, se convertit en une masse informe, fongueuse et comme lardacée. Dans d'autres circonstances cependant, l'éléphantiasis reste borné à un seul siége, et même il peut ne déterminer qu'un développement médiocre; mais la paume des mains et la plante des pieds ne participent jamais à la tuméfaction, tandis que le dos de ces parties est fortement gonflé, ce qui dépend de ce que le tissu cellulaire, dans ces régions, est d'une texture très-serrée.

La peau, qui n'est pas, le plus ordinairement, le point de départ de la maladie, peut se présenter alors à des états différens; ainsi elle peut rester tout-à-fait intacte, et offrir seulement une teinte plus blanche et une rénitence très-marquée; d'autres fois les veines sous-cutanées, distendues et élargies, la sillonnent de toutes parts, et présentent une foule de tumeurs variqueuses qui lui impriment une espèce de coloration violacée; cependant cette membrane peut présenter de véritables altérations. Ainsi elle devient souvent le siége d'une inflammation érythémateuse, et quelquefois même vésiculeuse : dans ce dernier cas il s'établit un léger suintement, et plus tard de petites squammes, minces, mollasses, jaunâtres; d'autres fois elle devient de plus en plus rugueuse, et présente des espèces d'écailles assez analogues à celles de l'icthyose, ou bien encore elle se recouvre de petites végétations, molles, fongueuses; enfin, dans quelques circonstances, elle présente des fissures, des crevasses, des ulcérations, qui sont recouvertes de croûtes jaunes, épaisses.

On a vu des glandes lymphatiques, engorgées et restées

dures et squirrheuses, tomber en suppuration, quelquefois même en gangrène; des abcès indolens, donner lieu à des suppurations profondes, fétides, intarissables, au milieu d'un membre qui à cette époque est devenu énorme.

Nous ne savons pas trop jusqu'à quel point ces tuméfactions du col, de la poitrine, du ventre, etc., admises par M. Alard, constituent de véritables éléphantiasis : comme ces cas sont excessivement rares, et d'ailleurs, comme il y a sans doute des distinctions à établir entre les différentes maladies qui ont été décrites pour des éléphantiasis, nous renverrons pour leur étude à cet ouvrage, en nous bornant à indiquer ici la forme la plus constante de cette maladie, celle qui attaque les membres. Cependant un siége de l'éléphantiasis qui est encore assez fréquent, c'est la verge, que l'on a vue quelquefois acquérir un volume énorme, et prendre des formes démesurées et incroyables. M. Biett en a observé un cas, où elle était quadruplée de volume. Dans ces circonstances, il est rare que *la maladie* ne s'étende pas au scrotum. Enfin les *mamelles* paraissent aussi être évidemment atteintes quelquefois de l'éléphantiasis des Arabes, et alors elles augmentent tellement de volume, que l'on est obligé de les soutenir avec des bandages passés derrière le col. D'après quelques auteurs elles deviendraient aussi dans ces cas le siége de petites tumeurs squirrheuses, isolées, capables de s'ulcérer, et dont les ulcérations seraient incurables.

La sensibilité ordinairement n'est pas détruite dans les parties malades; mais souvent les articulations voisines deviennent le siége d'inflammations chroniques; il s'y établit des adhérences, et, les mouvemens articulaires étant nuls, le membre n'est plus qu'un poids inerte et incommode pour le malade.

Causes. L'éléphantiasis des Arabes n'est ni contagieux ni héréditaire; il attaque indifféremment les hommes et les

femmes, on le rencontre le plus souvent chez les adultes, mais il peut exister chez les jeunes gens, les enfans; et même l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés semble se rapprocher beaucoup de ce genre d'affection. Il paraît se développer dans toutes les conditions sociales. Il serait endémique à la zône torride, au voisinage de la ligne équatoriale, et on l'attribue dans ce cas à l'impression des vents frais qui dans ces climats brûlans s'élèvent ordinairement avec le soleil, et font, avec la température du jour, un contraste qui exerce une grande influence sur la santé des habitans de ces contrées. Il est rare en Europe.

L'éléphantiasis paraît, comme nous l'avons dit, pouvoir survenir sans présenter les symptômes d'une inflammation aiguë du système lymphatique, et dans ce cas il reconnaît une foule de causes diverses; ainsi on l'a vu se développer sous une influence qu'on ne pouvait apprécier; d'autres fois, il a été le résultat de l'oblitération des vaisseaux destinés à la circulation veineuse dans les régions qui en étaient le siége; dans d'autres circonstances enfin, il a paru coïncider avec la cicatrisation d'un ancien ulcère, ou bien encore l'inflammation fixée d'abord à la peau seulement a gagné le tissu cellulaire, etc.

Nécropsie. La peau est le plus ordinairement endurcie, tantôt elle est couverte de squammes jaunâtres, ou de croûtes épaisses, et quelquefois elle est fendillée, et présente de petites squammules dures, quelquefois analogues à celles de l'*icthyose*. 1°. L'épiderme est très-épais, fendillé et très-adhérent : 2°. Le corps muqueux, alors très-distinct, a pu être observé par M. Andral (1), qui a pu constater la présence des diverses couches admises par Gaulthier, et depuis par M. Dutrochet, entre le derme et l'épiderme.

(1) *Archives générales de médecine*, mars 1827.

3° Le corps papillaire est très-développé, excessivement distinct du derme ; les papilles sont entièrement allongées, élargies et proéminentes, au moins c'est ce qui résulte des recherches de M. Andral, et de M. Th. Chevaleir (1). 4°. Le derme présente un volume considérable ; on l'a trouvé quelquefois tellement hypertrophié qu'il avait une épaisseur de plus d'un demi-pouce. 5°. Quant au tissu cellulaire, considérablement développé, il contient quelquefois dans ses aréoles une matière demi-liquide, comme gélatineuse ; mais le plus souvent il est endurci, légèrement squirrheux, et présente l'aspect d'un tissu lardacé, et de plus en plus dense à mesure qu'il devient plus voisin du derme. Les muscles sont ordinairement pâles, décolorés, amollis et surtout considérablement amincis. Quelquefois enfin on a trouvé les veines du membre oblitérées, et même dans le cas rapporté par M. Bouillaud cette oblitération se retrouvait jusque dans la veine cave elle-même.

Quant à l'état général du reste de la constitution, on ne connaît encore aucune altération qui se rapporte à ce genre de maladie : seulement on trouve souvent des engorgemens glanduleux, plus ou moins éloignés du siége du mal.

Diagnostic. Lorsque la maladie débute par des symptômes inflammatoires développés sur des vaisseaux lymphatiques, il est extrêmement facile de reconnaître quel est le siége de l'inflammation ; mais il serait difficile de diagnostiquer si elle n'est que le symptôme précurseur de l'éléphantiasis ; car on rencontre assez fréquemment l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, bien facile à reconnaître par cette corde noueuse, tendue, qui suit le trajet connu de ces vaisseaux, sans qu'on la voie se terminer par un

(1) *Médico-chirurgicale transactions*, volume XI, page 63.

endurcissement du tissu cellulaire et une tuméfaction considérable des parties affectées.

Mais quand l'éléphantiasis des Arabes, quelle qu'ait été la cause réelle, quel qu'ait été le point de départ de la maladie, se présente avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec ce gonflement plus ou moins difforme, indolent, et accompagné d'une induration telle que souvent la peau ne cède point à l'impression du doigt, on pourrait très-bien le confondre avec l'anasarque ou avec l'œdème, et même il est bien probable que certains cas de cette dernière affection ont été souvent pris pour un éléphantiasis : cependant, d'une part la présence de quelques symptômes généraux, quelques signes fournis par certains organes intérieurs, ou au moins la mollesse de la tumeur, la manière dont elle s'est développée, l'état général du malade, etc., et de l'autre la marche de la maladie, qui est tout-à-fait locale, l'intégrité du reste des organes, et surtout la forme, la résistance, et principalement la dureté des parties tuméfiées, sont des caractères auxquels on ne doit point méconnaître ces différentes maladies.

Prognostic. L'éléphantiasis des Arabes est en général une maladie fâcheuse, et qui devient d'autant plus grave qu'elle existe depuis plus long-temps, qu'elle a envahi de plus grandes surfaces, que la peau et le tissu cellulaire sont altérés plus profondément ; elle serait d'autant plus à craindre qu'elle reconnaîtrait pour cause des lésions plus graves ; ainsi l'éléphantiasis survenu à la suite d'oblitération des vaisseaux est une maladie très-fâcheuse.

Traitement. Au début l'inflammation des vaisseaux lymphatiques devrait être combattue par les antiphlogistiques et les émolliens ; si elle était très-étendue, on pratiquerait une ou plusieurs saignées ; ce qui n'empêcherait pas d'avoir recours à un moyen qui suffit seul dans la plu-

part des cas, à l'application des sangsues tout le long de la corde enflammée, non pas positivement sur son trajet lui-même, mais un peu au-delà et de chaque côté; on appliquerait de larges cataplasmes émolliens.

L'éléphantiasis des Arabes à l'état chronique, auquel du reste on le rencontre le plus communément, présente plus de difficultés pour le traitement. Ici on a encore vanté les émissions sanguines, mais elles sont loin de répondre aux succès qu'on leur a attribués; les saignées générales ne procurent aucune espèce d'amendement, et peuvent même dans quelques cas n'être pas sans influence sur les progrès de la maladie; quant aux saignées locales et surtout aux scarifications, que l'on a beaucoup vantées aussi, elles paraissent avoir eu des résultats divers: ainsi, nous avons vu plusieurs fois des malades atteints d'éléphantiasis, dont les membres étaient couturés de cicatrices qui étaient le résultat des scarifications que l'on avait pratiquées sans que la maladie en eût éprouvé *le moindre* amendement.

Les vésicatoires, les cautères ont aussi complétement échoué dans le plus grand nombre des cas; il en est de même des traitemens mercuriels, qui ont été employés par quelques médecins pour combattre cette affection; les frictions d'onguent napolitain seules nous sembleraient devoir présenter quelques chances de succès, comme résolutives. D'après plusieurs faits que nous avons pu observer à l'hôpital Saint-Louis, et d'après les expériences de quelques praticiens, le meilleur mode de traitement à employer contre l'éléphantiasis paraîtrait consister dans la *compression*, quelques *frictions résolutives*, et l'*emploi des douches de vapeur*.

La *compression* est un des meilleurs moyens que l'on puisse opposer à cette maladie. Elle devrait être faite

avec une bande large de deux ou trois travers de doigt, médiocrement serrée. Le plus ordinairement elle diminue très-promptement la tuméfaction des parties, et si elle ne les ramène pas complètement à leur état naturel, elle facilite l'emploi d'autres moyens.

Les *frictions résolutives* peuvent être mises en usage avec quelques chances de succès; de toutes les préparations de ce genre auxquelles on pourrait avoir recours, l'*iode* surtout présenterait des avantages réels. Ainsi on frictionnerait la tumeur avec une pommade composée d'un scrupule à un demi-gros d'*hydriodate de potasse* et d'une once d'*axonge*. On cesserait cette médication si les parties malades devenaient le siége d'une inflammation aiguë, accident qui est très-fréquent dans l'éléphantiasis des Arabes.

Les *douches de vapeur* enfin sont surtout très-utiles dans ces circonstances; développant dans les régions affectées une vitalité plus grande, elles activent la résolution, et contribuent puissamment à la guérison de cette maladie; elles seront dirigées pendant un quart d'heure sur les parties tuméfiées, et l'on recommandera au malade, pendant l'administration de cette douche, de masser fortement et à plusieurs reprises toutes les parties gonflées et endurcies.

Quant au traitement intérieur, en général il est tout-à-fait nul; cependant, dans quelques circonstances, l'administration de quelques purgatifs a paru procurer des résultats très-avantageux.

Enfin l'état de la peau elle-même devra amener une foule de modifications dans le choix des moyens à employer. Ainsi souvent elle est le siége d'un érythème; ou bien elle se recouvre de vésicules, qui déterminent et laissent après elles une inflammation assez vive. Dans ces

cas il faut avoir recours aux applications émollientes et aux bains simples. Plus tard, les bains sulfureux au contraire peuvent devenir fort utiles. En un mot on ne peut préciser d'avance les modifications qu'il devient nécessaire d'apporter au traitement de cette maladie, qui, dans la plupart des cas, résiste à tous les moyens employés pour la combattre.

Quant à l'amputation, qui a été quelquefois pratiquée, nous pensons que les cas où elle serait rationnelle, sont excessivement rares, et même nous avons vu une malade admise dans les salles de M. Biett qui avait subi l'amputation de la jambe pour un éléphantiasis des Arabes fixé à cette partie, et chez laquelle, quelque temps après, la même maladie se manifesta sur le bras gauche.

KÉLOIDE.

(Cancroïde).

La kéloïde a été décrite pour la première fois par M. Alibert, qui la désigna d'abord sous le nom de cancroïde, et plus tard sous la dénomination de *kéloïde*.

Cette maladie paraît assez rare, puisqu'elle n'a point été observée par les auteurs qui ont écrit *ex professo*; Bateman va même jusqu'à douter de son existence. Cependant la kéloïde existe véritablement, mais on ne l'a rencontrée jusqu'à présent que chez un petit nombre d'individus : elle existe, et les caractères qui lui sont propres sont tellement tranchés, tellement bien exprimés, que non-seulement on peut la reconnaître dans tous les cas,

mais encore il est difficile de la confondre avec d'autres espèces plus ou moins analogues.

La kéloïde se manifeste par une légère tuméfaction de la peau, qui bientôt prend plus de saillie et d'étendue : elle forme de petites tumeurs aplaties, souvent irrégulières, le plus ordinairement ovales, avec une légère dépression centrale. D'autres fois elle est allongée, anguleuse; elle est luisante; l'épiderme qui la recouvre paraît aminci et légèrement ridé de manière à lui donner l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré : elle est dure, et résistante au toucher; sa couleur est quelquefois d'un rouge foncé, d'autres fois d'un rouge pâle. Du reste cette coloration présente quelques différences selon la température, et chez les femmes aux époques menstruelles. Ces tumeurs aplaties ont une saillie d'une ou deux lignes, le plus ordinairement plus marquées en général à leur circonférence qu'au centre.

Dans le plus grand nombre de cas la kéloïde forme une plaque unique : d'autres fois on en rencontre plusieurs; M. Biett a vu une jeune demoiselle qui présentait huit petites tumeurs aplaties, au col, et sur la partie latérale de la poitrine. Dernièrement encore le même pathologiste a vu chez un homme distingué des environs de Caen deux kéloïdes sur la partie antérieure de la poitrine.

La kéloïde peut acquérir une étendue d'un pouce et demi à deux pouces, dans son grand diamètre : elle peut aussi ne dépasser jamais quelques lignes, surtout quand elle est multiple.

Elle donne lieu, chez quelques malades, à des douleurs assez vives, à des élancemens profonds, et qui se manifestent surtout aux variations atmosphériques, à des picotemens douloureux après le repas : mais il est vrai de

dire aussi que chez quelques individus aucuns de ces symptômes ne se manifestent. Les petites tumeurs naissent et s'accroissent sans être accompagnées d'aucune douleur.

La kéloïde, abandonnée à elle-même, fait des progrès assez lents : il est très-rare de la voir se terminer par ulcération ; on peut dire même que les exemples rapportés n'ont pas été suffisamment constatés. Dans quelques cas, elle peut s'affaisser, disparaître et laisser pour trace de son existence une cicatrice blanche et ferme.

Le siége le plus ordinaire de la kéloïde est à la partie antérieure de la poitrine. Cependant on l'a vue se manifester sur le col et sur les bras.

Causes. La kéloïde a été trop rarement observée pour qu'on ait pu acquérir quelques connaissances exactes sur son étiologie. Chez quelques uns des individus qui en étaient atteints, la maladie avait commencé sans aucune espèce de dérangement, ni local ni général : précédée d'une légère cuisson, la kéloïde commençait par un point à peine saillant, qui s'étendait peu à peu. Dans quelques cas elle paraît avoir été la suite d'une cause extérieure : chez une dame, la kéloïde se manifesta à la suite d'une égratignure profonde qu'elle avait reçue à la poitrine.

Jusqu'à présent, la kéloïde n'a point été observée dans l'enfance : elle s'est presque toujours montrée chez des individus encore dans la jeunesse, en s'approchant de l'âge mûr. D'après les faits recueillis jusqu'alors, on ne peut admettre de fréquence plus marquée chez un sexe que dans l'autre.

Diagnostic. La kéloïde doit être soigneusement distinguée des *affections cancéreuses*, avec lesquelles elle ne présente véritablement que très-peu d'analogie. Dans le plus grand nombre des cas, les cancers de la peau forment des tubercules proéminens, arrondis, violacés, s'ulcérant

à leur sommet, environnés de veines dilatées qui rampent sur une peau dure et flétrie. Les glandes voisines s'engorgent, et acquièrent quelquefois un volume énorme. La kéloïde, surtout celle qui a pour siége la partie antérieure de la poitrine, consiste, dans le plus grand nombre des cas, dans une plaque saillante, aplatie, relevée sur ses bords, rénitente au toucher, et le plus ordinairement la peau sur laquelle elle s'élève est saine, d'une couleur naturelle, etc., etc.

Jamais la kéloïde ne devra être confondue avec les *tubercules syphilitiques*. Ceux-ci sont toujours multiples, souvent rassemblés en groupes, arrondis à leur sommet, d'une couleur cuivrée ou livide, entremêlés, dans un grand nombre de cas, de cicatrices avec perte de substance, et accompagnés, du reste, de symptômes généraux, soit sur le système osseux, soit sur le système muqueux, qui viennent éclairer le diagnostic.

Lorsque la kéloïde consiste dans de petites tumeurs plus nombreuses, celles-ci sont séparées plus ou moins les unes des autres par des intervalles dans lesquels la peau est saine; elles ont une couleur rosée : elles sont tantôt carrées, tantôt triangulaires; elles n'ont jamais la forme arrondie qui est propre aux syphilides.

On ne confondra pas non plus la kéloïde avec les tumeurs sanguines. En effet, celles-ci forment tantôt des végétations vasculaires; elles sont éparses ou disposées en groupes : elles ne dépassent pas d'abord le niveau de la peau; plus tard, elles s'étendent, jaunissent, et prennent la forme de véritables végétations. Les *tumeurs érectiles* du professeur Dupuytren ne présentent non plus aucune analogie avec la kéloïde; elles sont brunâtres, le plus ordinairement granulées à leur surface; leur base est large, quelquefois profondément implantée dans le tissu der-

moïde : elles sont *molles au toucher ;* la kéloïde est rénitente. Elles présentent souvent des mouvemens isochrones à ceux des pulsations artérielles. Rien de semblable n'a lieu dans la kéloïde.

Prognostic. La kéloïde n'est jamais une maladie grave, c'est-à-dire qu'elle ne peut jamais faire courir un danger réel aux malades qui en sont atteints, et si, dans un cas, cette tumeur a fini par prendre un aspect fâcheux, c'est moins à ses progrès naturels qu'aux moyens intempestifs qui ont été employés qu'il faut en attribuer la cause. Chez la plupart des individus chez lesquels on l'a observée, ces petites tumeurs de la peau ont coïncidé avec une santé parfaite. Quelques faits semblent prouver que dans quelques cas, la kéloïde peut disparaître en laissant une légère cicatrice.

Traitement. La thérapeutique a encore tout à faire pour le traitement de la kéloïde ; les moyens chirurgicaux, tels que l'extirpation, la cautérisation, *n'ont eu aucun* résultat avantageux. Les applications de diverse nature n'ont pas eu non plus de succès bien marqués. Les douches sulfureuses paraissent avoir quelquefois diminué la rénitence de ces petites tumeurs. On pourrait peut-être employer avec avantage des frictions avec l'hydriodate de potasse, moyen actif, énergique, à l'aide duquel on a quelquefois obtenu la résolution de tumeurs plus profondes.

Les essais trop peu nombreux de M. Biett ne l'ont encore conduit à aucun résultat positif.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

PAR

ORDRE ALPHABÉTIQUE.

A

C

D

E

F

G

H

J

K

L

M

N



S

T

U

V

l. Ph. de Ber

Dessiné d'après nature par G. Jadin et lith. par E. Beau.

1ʳ ORI

2ᵉ ORI

3ᵉ ORI

6ᵉ ORDRE — Squammes — l. *Psoriasis.* m. *Lepre.*

7ᵉ ORDRE — Tubercules — n. *Elephantiasis des Grecs*

8ᵉ ORDRE — Macules — o. *Ephélides*

X. Purpura.

